Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. №. 14. Ausgegeben am 15. Juli.

Inhalt:

Originalien: Bruns, Die myasthenische Paralyse vom Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen aus. S. 273. — Ostertag, Wie hat sich die Gesundheitspolizei gegenüber dem Verkauf pasteurisierter Milch zu stellen? S. 277. — Haug, Eine eigenartige Verbrennung des Trommelfells. S. 278.

Referate. Innere Medizin: Siegel, Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, des Scharlachs und der Syphilis. S. 278. — Bahr, Ruhrepidemie in Duisburg im Jahre 1904. S. 279. — Georgii, Über die vermeidbaren Impfschäden. S. 279. — Lenz, Einige kurze Bemerkungen zu der Abhandlung des Herrn Kreisarztes Dr. Lembke: Eine Paratyphusepidemie im Kreise Kreuznach. Friedel, Einige weitere Bemerkungen zu derselben Abhandlung. S. 279. — Fischer, Ein Fall von Stomatitis aus klinischem und bakteriologischem Gesichtspunkt. Bacterium stomatofoetidum, ein aërober Fäulniserreger. S. 279.

Neurologie und Psychiatrie: Hitzig, Ärztliches Obergutachten über den Gesundheitszustand des Arbeiters B. S. 280. — Laehr, Wie sichern wir den Heilerfolg der Anstalten für Nervenkranke. S. 280. — Hoche, Zur Frage der „erblichen Belastung“ bei Geisteskrankheiten. S. 280. — Ilberg, Über Gesundbeten. S. 280. — Sigel, Beitrag zur Frage der Spätgenesung von Psychosen. S. 280. — Groß, Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Querulantenwahns. S. 281. — Weber, Chronische Paranoia in verwaltungs-, straf- und zivilrechtlicher Beziehung. S. 281. — Vogt und Franck, Über jugendliche Paralyse. S. 281.

Hygiene: Deutsch, Die Übertragung ansteckender Krankheiten durch Badeanstalten und deren Verhütung. S. 281. — Heim, Die Widerstandsfähigkeit verschiedener Bakterienarten gegen Trocknung und die Aufbewahrung bakterienhaltigen Materials, insbesondere beim Seuchendienst und für gerichtlich-medizinische Zwecke. S. 282. — Schloßmann, Säuglingsschutz und Säuglingssterblichkeit. S. 282. — Schaps, Zur Frage der Konservierung der Milch durch Formaldehyd, speziell zum Zwecke der Säuglingsernährung. S. 283. — Pfuhl, Über die Entstehung, Erkennung und Behandlung undichter Fleischkonservebüchsen. S. 283. — Haffter, Unfall- und Krankenfürsorge, sowie Wohlfahrtseinrichtungen beim Bau des Simplontunnels. S. 283.

Aus Vereinen und Versammlungen. Der internationale medizinische Kongreß für Unfallverletzte in Lüttich. S. 284. — Gesellschaft für soziale Medizin. S. 286.

Bücherbesprechungen und Anzeigen. S. 287.

Gerichtliche Entscheidungen. Ein künstliches Gebiß ist ein Heilmittel im Sinne des Kr.-V.-G. S. 288.

Tagesgeschichte. Sozialpolitische Aufgaben gegenüber dem Krankenpflegerinnenstande. S. 288. — Belgischer Irrengesetzentwurf. S. 290. — Strafrechtliche Verantwortlichkeit eines Arztes, welcher eine Operation nach einer ehemals in einem klassischen Werke empfohlenen, inzwischen aber verlassenen Methode ausführt. S. 291. — Praxis-Verkauf. S. 291. — Massenerkrankungen nach Fleischgenuß. S. 291. — Ursachen feuchter Wohnungen. S. 291. — Fürsorge für mittellose Rekurskläger. S. 292. — Eine internationale Ausstellung für öffentliche allgemeine Gesundheitseinrichtungen und Hygiene und sanitäre Hilfe bei Transporten. S. 292. — Ministerial-Erlasse. S. 292.

Die myasthenische Paralyse vom Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen aus.

Von
Professor Dr. med. L. Bruns.
Nervenarzt in Hannover.

Auf keinem Gebiet der ärztlichen Tätigkeit ist die Verantwortung, die wir mit der Stellung einer Diagnose übernehmen und der Schaden, den wir folgerichtig mit einer falschen anrichten können, so groß, wie auf dem der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, sei es als Begutachter in berufsgenossenschaftlichen, Invaliden- und Privatversicherungssachen, sei es vor Gericht in Zivil- und Strafprozessen. Während wir in der gewöhnlichen Praxis, namentlich wenn wir selber unserer Diagnose nicht genug trauen, aber auch dann, wenn wir mit dem subjektiven Gefühle der Sicherheit eine falsche stellen, unsere Behandlung doch bei einiger Vorsicht noch so einrichten können, daß wir den Kranken weder durch Handlungen noch durch Unterlassungen direkt schädigen, es dem Untersuchten außerdem immer noch freisteht, ob er dem von uns gegebenen Rate folgen will oder nicht, wird auf unser sachverständiges Gutachten hin in den oben gestreiften Fällen mit der Macht der Staatsbehörden dem Untersuchten gegenüber verfahren, und wir können deshalb durch eine falsche Diagnose — wohin auch die fälschliche Annahme der Simulation gehört —, sowohl den Untersuchten, wie dritte Personen — vor allem Ärzte, die den Kranken früher behandelt haben, — an Vermögen, Ehre und Freiheit schädigen. Deshalb ist es für keinen Arzt wichtiger, als für den als Sachverständigen Vernommenen — und jeder Arzt kommt heute oft in die Lage als solcher gehört zu werden und gilt den Behörden a priori als Sachverständiger auf dem ganzen Gebiet der Medizin — auch über seltene Krankheiten die zu ihrer Erkennung notwendigen Kenntnisse zu besitzen, namentlich wenn diese Krankheiten durch die Art ihrer Symptome und die Eigenheiten ihres Verlaufes erstens die Gefahr falscher Diagnosen bei nicht gründlicher Kenntnis und falscher, manchmal auch schädlicher Behandlung, einigermaßen nahelegen und zweitens ebenfalls durch einzelne ihrer Symptome leicht forensische Bedeutung erlangen können.

Auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten erfüllt diese Forderungen eine erst neuerdings genauer erforschte und man kann wohl ruhig behaupten, auch dem größten Teil der Ärzte noch wenig bekannte Krankheit, die sogenannte asthenische Bulbärparalyse oder besser Myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund). Es verlohnt sich deshalb wohl

gerade in diesen Blättern eine kurze Darstellung der interessanten Krankheit zu geben und speziell auf diejenigen Punkte einzugehen, die ihre Diagnose erschweren, die Behandlung in falsche Richtung drängen und eventuell forensische Bedeutung erlangen können. Auf die Geschichte und Literatur des Leidens kann ich hier nicht weiter eingehen; ich weise den interessierten Leser auf die im Jahre 1901 erschienene Monographie Oppenheims: Die myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund), Berlin, S. Karger 1901, in der beides in ausführlichster Weise zu finden ist; ich will nur erwähnen, daß die Entwicklung unserer Kenntnisse über die myasthenische Paralyse im wesentlichen mit den Namen Erb, Oppenheim, Hoppe, Goldflam und Jolly verbunden ist.

Zur Illustrierung des Leidens und seines Verlaufes gebe ich zunächst die Krankengeschichte eines von mir durch längere Jahre genau beobachteten Falles, der noch nicht publiziert ist und alle wesentlichen Symptome und Charakteristika des Verlaufes enthält.

Frau B., 38 Jahre, Schuhmachersfrau. Erste Untersuchung am 5. September 1900. Beginn des Leidens angeblich im Februar desselben Jahres; langsam schleichender Verlauf. Status: L. u. R. Ptosis, links etwas stärker; beiderseits Abduzensparese und ebenso beiderseits, besonders links Parese der Heber des Bulbus; entsprechende Doppelbilder. Akkommodation und Pupillenreaktionen gut. Ausgesprochene Schwäche der Stirn- und Augenschließmuskulatur. Mundspitzen fast unmöglich; auch das übrige Gebiet der Gesichtsmuskulatur fast wie bei beiderseitiger Facialisparalyse. Kaumuskulatur schwach. Die groben Zungenbewegungen gut. Für die Sprache ausgeprägte Ermüdbarkeit; die Sprache wird rasch immer undeutlicher, namentlich immer nasaler; das Schlucken ist erschwert; das Gaumensegel hebt sich bei der Phonation nur einige Male, dann nicht mehr. Abends besteht schwere Müdigkeit in Armen und Beinen; auch bei gewissen Arbeiten am Tage, z. B. beim Messerputzen, versagen die Finger sehr bald; sonst ist an Rumpf und Extremitäten die Ermüdbarkeit nicht ohne weiteres zu demonstrieren. Keine Störung der elektrischen Erregbarkeit — auch keine myasthenische Reaktion; z. B. im Facialisgebiet. Keine deutliche Muskelatrophie. Sehnen- und Hautreflexe normal; keine Gesichtsstörungen; Ophthalmolskopisch normal. Am Herzen und im Urin normaler Befund. Psychisch nichts; leichte hysterische Zeichen. Ordination: vollständige körperliche Ruhe.

Am 12. Oktober 1900 wesentliche Remission der Erscheinungen. L. Proptosis; R. nichts; die übrigen Augenmuskeln beiderseits gut; doch tritt bei Extremstellung der Augen leichte nystagmische Raddrehung ein. Sprache besser; Schlucken noch erschwert; Kauen besser; Pfeifen, Mundspitzen, Augenschließen geht noch schlecht; das Gaumensegel hebt sich jetzt kräftig und oft; hier keine Ermüdbarkeit mehr zu demonstrieren. Die Kopfbewegungen sind frei; Arme und Beine kräftiger.

23. Januar 1901. Hat sich einige Zeit besser befunden; jetzt sind die Beschwerden wieder sehr viel erheblicher; namentlich treten häufig asphyktische Anfälle auf, in denen die Patientin zu ersticken droht. L. deutliche Ptosis; ebenso linke Parese des Abduzens, Rectus sup. und internus. Nach abwärts werden die Bulbi gut bewegt; ebenso ist die Konvergenz normal und es verengern sich dabei die Pupillen. Zungen- und Gaumensegelbewegungen sehr erschwert; keine deutliche Atrophie weder an der Zunge noch im Gesicht. Keine fibrillären Zuckungen. Mundspitzen unmöglich, Schlucken erschwert. Auch die Kaumuskeln schwach. Am meisten gestört ist die Sprache und hier tritt beim lauten Lesen noch die Ermüdbarkeit sehr deutlich zu Tage; die Stimme wird nasal; klappt um; die Lippenlaute werden immer undeutlicher. Im übrigen ist die Ermüdbarkeit nicht leicht zu zeigen, namentlich nicht an den Extremitäten. Sehr wenig ausgeprägte myasthenische Reaktion im Depressor labii inf. beiderseits. Aufnahme in der Diakonissenstation Nazareth, vollständige Bettruhe.

25. Januar 1901. Ptosis links geringer; auch Sprache besser. Sehr ausgeprägte faradische Ermüdbarkeit im linken Mundfacialis; nach Einwirkung tetanisierender Ströme läßt die Muskelspannung bald nach; nach Unterbrechung sind selbst mit stärkeren Strömen zunächst nur minimale Zuckungen auszulösen.

1. Juni 1901. Die myasthenische Reaktion ist nicht mehr nachzuweisen; die Muskelspannung läßt auch bei längerem Faradisieren nicht nach. Bald nachher wird Patientin wieder entlassen.

3. Juni 1901. Links jetzt Ptosis; häufig auch rechts; Zunahme derselben im Laufe des Tages und schon während der Untersuchung. Augenbewegungen nach oben beiderseits fast vollständig aufgehoben; linker Rectus internus bleibt bei Bewegung des Bulbus nach rechts zurück; beide Abducentes schwach; Convergenz ganz gut. Augenschluß wenig fest; Mundspitzen und Pfeifen kaum möglich; beim Zähnefletschen keine deutliche Ermüdbarkeit; auch bei Bewegungen der Zunge nur im geringen Maße; dagegen ermüdet das Gaumensegel bei Phonation sehr rasch. Beim Lautlesen wird die Sprache sehr rasch undeutlich; beim Schlucken muß der Patient häufig pausieren, oft schon nach einem Schlucke. Kauen jetzt ziemlich gut. Nirgends Muskelatrophie; keine fibrillären Zuckungen. Muß der Patient längere Zeit den Kopf nach vorn halten, so treten Nackenschmerzen ein. Deutliche myasthenische Reaktion in der Mundmuskulatur; die Abschwächung der Reaktion tritt aber erst bei langer Einwirkung sehr starker Ströme auf den linken Depressor lab. inf. ein und dann zugleich auch auf der rechten Seite. Noch deutlicher ist die myasthenische Reaktion jetzt im Gebiete beider Stirnaugenteile des Facialis. Asphyktische Anfälle sind in der letzten Zeit nicht vorgekommen.

24. Juni 1901. In der letzten Zeit große Schwäche in den Händen; oft Atembeklemmung. Ptosis links stärker. Linkes Auge bleibt bei Drehung des Bulbus nach links ganz stillstehen (Abducenslähmung); das rechte geht dabei nur etwas über die Mitte; also auch starke Parese des rechten Rektus internus; Blick nach rechts besser; Drehung des Bulbus nach oben schwach, nach unten etwas besser. Sprache langsam und nasal; Gaumensegel ermüdet sehr rasch. Keine deutliche myasthenische Reaktion im Depressor labi inf.

16. November 1901. Beiderseits schwere Ptosis: links noch etwas stärker; nach rechts und links jetzt Augenbewegungen gleich null; das rechte bewegt sich einigermaßen, das linke nur unvollkommen nach oben und unten. Konvergenz auch schwach. Die Ptosis ist am Morgen am größten, verschlimmert sich sehr im Laufe des Tages; bessert sich wieder, wenn der Kranke während des Tages einige Zeit mit geschlossenen Augen ruht. Das Schlucken ist sehr erschwert; die Patientin kann hintereinander kaum eine halbe Semmel herunterbringen. Das Kauen ist schwach und mit Schmerzen verbunden. Das Gaumensegel hebt sich kaum mehr als einmal. Morgens kann sie nur schwer angesammelten Schleim aushusten. Zungenbewegungen ganz gut; ebenso jetzt nur geringe Schwäche im Fascialisgebiete; keine Atrophie; keine

fibrillären Zuckungen. Die Nackenmuskulatur ermüdet sehr rasch; dann treten Nackenschmerzen ein. Die Schwäche der Arme jetzt sehr deutlich; kann ein gefülltes Lampenbassin nicht von dem Ständer heben. Beine gut. Nirgends deutliche myasthenische Reaktion. Im Januar und Februar 1902 war die Kranke im hiesigen städtischen Krankenhause in der Abteilung des Herrn Professor Dr. Reinhold. Dieser hat mir die dort gemachten Notizen freundlichst zur Verfügung gestellt. Die Symptome waren dort zunächst dieselben wie Ende 1901; myasthenische Reaktion wurde nicht konstatiert; bemerkt ist noch, daß das Mediastinum frei war. Nach einwöchiger Ruhe im Krankenhause besserte sich der Zustand sehr, blieb aber von da an der gleiche; die Sprache war klar, bis auf die Gaumenlaute; kein Verschlucken mehr. Die Ptosis geringer; das Heben der Augen nach oben besser. Der Lidschluß leidlich. Daneben findet sich noch eine Notiz über fasciculare Zuckungen im Orbicularis oculi und in der Zunge. Diese Remission bei vollständiger Ruhe im Krankenhause war also besonders tief.

Bei Gelegenheit der Niederschrift dieser Arbeit erfuhr ich vom Hausarzte auf meine Anfrage, daß die Kranke noch lebte, und auf meine Bitte stellte sich die Patientin, die ich also $3^1/_2$ Jahre nicht gesehen hatte, mir wieder vor. Der Status am 2. Juni 1905 war der folgende: Schwere Ptosis beiderseits. Bewegungen der Bulbi minimal; beide Augen gehen etwas nach unten, garnicht nach oben; das linke eine Spur nach außen, beide etwas innen bei Versuchen zu seitlicher Blickrichtung. Konvergenzbewegung auch sehr gering. Konvergenz- und Lichtreaktion der Pupillen gut. Musculus facialis kontrahiert sich beiderseits gut; der Orbicularis oculi nur schwach; Mundspitzen und Pfeifen unmöglich. Brotrinde zu kauen ist ihr unmöglich; Sprache sehr nasal; nach kurzem Lautlesen unverständlich; Gaumensegel hebt sich bei Phonation garnicht, Zunge nicht atrophisch, bewegt sich recht gut. Kann auf einmal nicht mehr als den Inhalt eines Teelöffels schlucken; am besten dicke Suppen. Die Funktion der bulbären Muskeln ist morgens beim Aufstehen am besten; dann fehlt die Ptosis fast ganz, nach $1^1/_2$ Stunden ist sie schon sehr deutlich. Häufig Erstickungsanfälle infolge Verschluckens oder auch ohne das mit krampfhaften Hustenanfällen. Beim Offenhalten der Lidspalte mit der Hand, das wegen der schweren Ptosis oft nötig ist, ermüden die Arme rasch; ebenso die Finger beim Stricken, Waschen und Messerputzen. Sie muß, um geradeaus zu sehen, wegen der Ptosis den Kopf nach hinten geneigt halten; dabei ermüden die Nackenmuskeln rasch und es stellen sich auch Nackenschmerzen ein. Auch die Schultermuskulatur ermüdet rasch; die Haare muß sie sich in Absätzen machen. Beine ziemlich gut. Sphincteren, Haut- und Sinnesfunktionen in Ordnung.

Hat während der letzten Jahre mehrmals erheblich Remissionen gehabt (siehe oben), in denen namentlich das Essen und Sprechen ganz gut ging; nie aber volle Intermissionen; besonders war die Ptosis immer vorhanden.

Wie die vorstehend mitgeteilte, ausführliche Krankengeschichte ergibt, handelt es sich bei der myasthenischen Paralyse um ein sich auf rein motorische Lähmungszustände beschränkendes Krankheitsbild, um eine Lähmung oder noch häufiger Schwäche in einem — wenigstens auf der Höhe der Erkrankung — großen Teile der vom Gehirn und vom Rückenmarke versagten Muskeln. Dahin gehören zunächst die Augenmuskeln — am häufigsten findet sich ein- oder doppelseitige, aber auf beiden Seiten nicht ganz gleich starke Ptosis — dann aber auch alle anderen äußeren Augenmuskeln, so daß unter Umständen eine vollständige Ophthalmoplegia externa vorhanden sein kann, während die inneren Augenmuskeln immer verschont bleiben. Im Facialisgebiet wird auch der obere Ast mit betroffen, so daß der Schluß der Augen schwach oder unmöglich ist — ferner ist besonders das Mundspitzen und Pfeifen, dazu die Bildung der Lippenlaute erschwert. Sehr charakteristisch ist noch, daß auch die Kaumuskulatur fast immer an der Parese teilnimmt. Besonders stark in die Erscheinung tritt eine meist sehr erhebliche Schwäche der Gaumensegel- und auch der Rachenmuskulatur; daneben auch eine solche der des Kehlkopfes, während, wie namentlich auch die oben mitgeteilte Krankengeschichte lehrt, die groben Bewegungen der Zunge oft gut erhalten sind. Die Lähmungen und Paresen der letztgenannten Muskelgebiete bedingen nun eine beträchtliche Störung der Deglutition und der Artikulation; die Bissen, die schon wegen der Kaumuskelschwäche nur schwer zerkleinert werden, werden noch schlechter geschluckt, und Flüssigkeiten kehren sehr häufig durch die Nase zurück; die Sprache ist verwaschen bis zur Unverständlichkeit, nasal und der Ton schwach, tremolierend oder umklappend. Von den spinal innervierten Muskeln wird am ersten und häufigsten die Nackenmuskulatur ergriffen, so daß die aufrechte Haltung des Kopfes erschwert wird und bei längerer Anstrengung in den betreffenden Muskeln auch Schmerzen entstehen; dann folgt die untere Rumpfmuskulatur, so daß auch das Sitzen schwerfällt; dann die Schulter- und Armmuskulatur — Haarmachen, Waschen, Aufhalten der Augenlider (siehe oben) — ermüdet sehr rasch; am spätesten zeigt sich eine Beteiligung der Beine. Die Muskellähmung ist nun in ihrem Charakter zwar eine schlaffe — spastische Momente fehlen ihr ganz —, aber keine atrophische; es fehlt der Muskelschwund, meist auch fibrilläre Zuckungen und elektrische Störungen im Sinne der Entartungsreaktion. Dagegen zeigt sich nicht selten die von Jolly besonders studierte und benannte „Myasthenische Reaktion“; starke faradische Ströme können die Erregbarkeit der von ihnen durchströmten Muskeln vorübergehend stark — ja bis auf 0 herabsetzen; interessant war in meinem oben beschriebenen Falle, daß diese Herabsetzung der Erregbarkeit in dem Kinnmuskel der einen Seite gleichzeitig auch in dem der anderen hervorgerufen werden konnte. Gefühlsstörungen, ausgeprägte Schmerzen und Störungen der Sinnesorgane fehlen, ebenso Störungen der Sphincteren. Die Hautreflexe sind normal; die Sehnenreflexe weder gesteigert noch abgeschwächt.

Ein klinisch sehr wichtiges Symptom sind schließlich noch Störungen der Respiration in Form asphyktischer Anfälle, einem Versagen der Respirationsmuskulatur, die sowohl durch Verschlucken, wie scheinbar spontan, vielleicht durch Hineingelangen von Speichel in den Kehlkopf, nach anfänglichen krampfhaften Hustenparoxysmen, aber auch ohne dieselben, entstehen können; sie sind sehr bedrohlicher Natur und haben in vielen Fällen plötzlichen Tod bedingt. Von Bedeutung ist noch, daß die Anfälle von Versagen der Respirationsmuskeln auch durch Ermüdung anderer Körpermuskeln, namentlich solcher, deren Centren den ihrigen benachbart sind — also vor allem die Schlundmuskulatur — ausgelöst werden können. Davon unten mehr.

Höchst charakteristisch ist nun der Verlauf des Leidens. Meist ist er ein schleichender, wenn auch manchmal mit akuten Verschlechterungen — und meist, wenn auch mit Ausnahmen, ein absteigender. Beginn mit Augenmuskelstörungen — dann Ergriffenwerden der übrigen bulbären Muskulatur; darauf der des Nackens, der oberen und schließlich

der unteren Extremitäten. Von großer Bedeutung ist ferner der Wechsel im Krankheitsbild. Dieser findet sich ausgeprägt sowohl für die einzelnen Symptome und vor allem für ihre Intensität, wie für das ganze Krankheitsbild. Namentlich der Wechsel in der Intensität der einzelnen Symptome ist in hohem Maße charakteristisch; die täglichen Schwankungen derselben bedingen das, was man als die gerade für diese Krankheit so typische Ermüdbarkeit bezeichnet hat. So kann es vorkommen, daß die Augenmuskellähmung, speziell die Ptosis am Morgen ganz fehlt; aber sich schon wieder zeigt, wenn der Kranke eine halbe Stunde wach ist, und am Abend besonders schwer ist; ein Schlaf während des Tages kann die Ptosis wieder sehr bessern. Sehr schwer und oft besonders leicht demonstrierbar sind diese Ermüdungserscheinungen meist in der Schling- und Artikulationsmuskulatur; das Schlingen versagt nach einigem Schlucken; die Sprache, die z. B. beim lauten Vorlesen zuerst ziemlich deutlich war, wird rasch immer verwaschener, nasaler, tonloser, zuletzt ganz unverständlich; das Gaumensegel hält sich bei der Phonation ein- bis zweimal, dann nicht mehr. Weniger leicht demonstrierbar, aber ebenfalls oft vorhanden, ist die Ermüdbarkeit der Extremitätenmuskeln, am ersten zeigt sie sich noch in den Nackenmuskeln — der Kopf kann ungestützt nicht lange gehalten werden; aber es kommt auch vor, daß das Heben der Arme in den Schultern nur ein paarmal von statten geht; dann nicht mehr; ebenso das Aufrichten vom Liegen oder Sitzen.

Neben dieser Ermüdbarkeit — dem raschen, täglichen, durch die Funktion der erkrankten Muskelgebiete bedingten Wechsel in der Intensität der Einzelsymptome — kommt nun in zweiter Linie ein Zurückgehen dieser Einzelsymptome für lange Zeit in Betracht. So können die Augenmuskellähmungen, vor allem aber die Schling- und Artikulationsstörungen, ferner die Facialisparesen, dann die Schwäche und Lähmungen der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur oft auf Monate verschwinden — einander Platz machen — um dann bei irgendwelcher Gelegenheit wieder aufzutreten. Auch das Vorhandensein der myasthenischen Reaktion ist, wie auch meine Krankengeschichte lehrt, einem großen Wechsel unterworfen, und die asphyktischen Anfälle häufen sich zu Zeiten und treten in anderen ganz zurück. Schließlich können auch alle Krankheitssymptome, namentlich nach längerer Ruhekur, für mehr oder weniger lange Zeit zurücktreten, so daß es zu eigentlichen Intermissionen kommt; freilich sind vollständige Intermissionen ohne das Zurückbleiben auch der geringsten Krankheitserscheinungen jedenfalls sehr selten; aber an ihrem Vorkommen und auch an deren vollständigen, wenigstens langedauernden Heilung ist wohl nicht zu zweifeln. Am hartnäckigsten scheinen die Augenmuskellähmungen zu sein. Im ganzen hat aber das Leiden, wie auch die obige Krankengeschichte zeigt, trotz der Remissionen einen progressiven Verlauf; das Leiden ergreift allmählich immer mehr Muskelgebiete und wird in den ergriffenen immer intensiver. Wie lange sich der Kranke bei den wechselnden Verschlimmerungen und Besserungen halten kann, lehrt auch meine Krankengeschichte — es sind aber solche mit noch viel längerem Verlauf mitgeteilt worden. Der Tod tritt in außerordentlich vielen Fällen akut in einem asphyktischen Anfalle ein; sonst im allgemeinen Marasmus.

Die Krankheit befällt im wesentlichen jugendliche Individuen, am häufigsten zwischen dem 20. und 40. Jahre. Das hohe Alter und die Kindheit sind verschont. Frauen werden auffällig viel häufiger befallen als Männer.

Die Diagnose der myasthenischen Paralyse kann nicht schwer sein, wenn man die Symptomatologie des Leidens kennt und dieselbe eine einigermaßen entwickelte ist. Das Auftreten bei jugendlichen, besonders oft weiblichen Individuen; der langsame, nur manchmal schubweise Verlauf; die Verbindung einer äußeren Ophthalmoplegie mit bulbären Lähmungen, zu denen noch solche der Kaumuskeln kommen; die Beteiligung des oberen Facialisastes; die oft nur geringe Beteiligung der Zunge; die asphyktischen Anfälle; der Übergang der Lähmung und Schwäche auf die spinal innervirte Muskulatur — zuerst auf die Nackenmuskulatur, zuletzt auf die Beine; das Fehlen von Muskelatrophie und Entartungsreaktion, das Vorhandensein der myasthenischen Reaktion; das vollständige Fehlen sensibler, sensorischer oder Sphinkterenstörungen sind schon eine große Anzahl charakteristischer Merkmale. Dazu kommt die außerordentlich charakteristische Ermüdbarkeit, sowie der Wechsel im Auftreten und Verschwinden einzelner Symptome, sowie auch aller Krankheitserscheinungen — Remissionen und Intermissionen bis zur dauerhaften Heilung.

Zunächst ist damit die Abgrenzung gegen die sogenannte klassische Bulbärparalyse leicht; diese kommt im höheren und hohen Alter vor und verläuft langsam progressiv, aber ohne deutliche Remission und jedenfalls ohne Intermissionen zum Tode. Symptomatologisch fehlt hier die Beteiligung der Augenmuskeln und der Kaumuskeln; die Beteiligung des oberen Facialisastes ist selten; die Zunge ist meist am erheblichsten ergriffen. Die Lähmung führt zur Muskelatrophie, die am deutlichsten an der Zunge zu sehen ist — und zu elektrischen Störungen im Sinne der Entartungsreaktion, wenigstens zu partieller Entartungsreaktion, die allerdings nicht immer leicht nachzuweisen ist. Ebenfalls atrophische Muskellähmungen in den spinalen Muskeln treten zur klassischen Bulbärparalyse erst in deren Endstadien, wenn es sich nicht um eine spinale progressive Muskelatrophie, zu der umgekehrt schließlich bulbäre Symptome kommen, handelt. Ermüdungserscheinungen können im Anfange der progressiven Bulbäparalyse — z. B. für das Sprechen und das Schlucken — auch vorhanden sein, aber sie zeigen sich nur in auch stark atrophischen und paretischen Muskeln und nicht als einzige Erscheinung in sonst nicht nachweisbar erkrankten Muskelgebieten, z. B. am Nacken und in den Extremitäten.

Die akute apoplektiforme Bulbärparalyse, die auch meist ältere und an allgemeiner Gefäßerkrankung leidende Personen betrifft, unterscheidet sich schon durch ihr Einsetzen. Die Krankheitserscheinungen sind im Anfang auf der Höhe ihrer Ausbildung und gehen, wenn der Kranke nicht im Anfalle bleibt, zurück; oft bleiben halbseitige Erscheinungen zurück, mit alternierenden Lähmungen der Hirnnerven und Extremitäten und auch sensible Störungen im Gesichte und an den Extremitäten, wenn die sensiblen Leitungsbahnen und Centren ergriffen sind. Die Lähmungen der durch die apoplektische Bulbärparalyse betroffenen Hirnnerven sind ebenfalls atrophischer Natur.

Einige Schwierigkeiten kann die Diagnose der myasthenischen Paralyse gegenüber einer chronischen oder subakuten Myelitis bulbi machen, namentlich wenn zu den bulbären auch noch spinale Erkrankungsherde hinzutreten (Polioencephalomyelitis chronica). Das Entscheidende ist hier der bei den letzten Erkrankungen allmählich zum Tode oder umgekehrt auch zur vollen Dauerheilung führende Verlauf ohne erhebliche Remissionen, das Fehlen der Ermüdungserscheinungen und die Ausbildung echter Atrophieen mit elektrischen Störungen im Sinne der Entartungsreaktion. Auf der anderen Seite kann gerade in diesen Fällen auch der Augenmuskelapparat beteiligt und der anatomische Befund negativ sein; solche Fälle sind besonders nach Fleisch-, Wurst- und Fischvergiftungen beobachtet; gerade in diesen Fällen war aber meist die innere Augenmuskulatur beteiligt, was bei der Myasthenie nie der Fall ist.

Die Verwechslung der Myasthenie mit der Hysterie war früher, als das Krankheitsbild noch wenig bekannt war, einigermaßen entschuldbar und ist auch sorgfältigen Ärzten passiert; heute

kann eine Verwechslung nur bei oberflächlicher Untersuchung und dann vorkommen, wenn der Arzt, wie das leider nicht so selten ist, bei etwas ungewöhnlichen nervösen Symptomen, zumal bei jungen Frauen, zuerst und allein an Hysterie denkt. Verleiten zu der falschen Diagnose Hysterie kann vor allen Dingen der Wechsel in den Erscheinungen; der Arzt kann z. B. den Patienten gerade zu einer Zeit untersuchen, wo die Krankheitssymptome zum zum Teil zurückgetreten, zum Teil nur sehr geringfügig sind; hört er dann von dem Kranken bewegliche Klagen über die Schwere der Symptome zu andern Zeiten, so wird er, wenn er von dem Krankheitsbilde der „myasthenischen Paralyse" nichts weiß, allerdings auf den Gedanken der Hysterie kommen können. Im übrigen machen schon die einzelnen Symptome bei einigermaßen sorgfältiger Untersuchung diese Diagnose hinfällig; speziell die Augenmuskellähmungen, die bei Hysterie doch sehr selten sind, und nicht in der Form auftreten wie bei der Myasthenie; dann das Vorhandensein einer myasthenischen Reaktion, die Schwäche der Nackenmuskulatur, die asphyktischen Anfälle. Kommt es bei einer Hysterie zu einer Schlingstörung, so ist sie fast immer eine totale; dysarthrische Sprachstörungen habe ich bei Hysterie überhaupt noch nicht gesehen und schließlich fehlen hier die so charakteristischen Ermüdungssymptome. Kurz, man kann wohl sagen, eine Verwechslung der myasthenischen Paralyse mit der Hysterie sollte heute nicht mehr vorkommen.

(Schluß folgt.)

Wie hat sich die Gesundheitspolizei gegenüber dem Verkauf pasteurisierter Milch zu stellen?

Von

Professor Dr. **Ostertag**.

Im Laufe der letzten 15 Jahre ist wiederholt der Vorschlag gemacht worden, für sämtliche als Nahrungsmittel für Menschen in den Verkehr gebrachte Milch den Erhitzungszwang vorzuschreiben. Der Vorschlag gründete sich auf die Tatsache, daß durch geeignete Erhitzung die in der Milch vorkommenden pathogenen Bakterien getötet werden. Gegen den Vorschlag ist von vornherein die Unmöglichkeit der Durchführung geltend gemacht worden. Seitdem unsere Kenntnisse über die Bakteriologie und Chemie der Milch etwas tiefer geworden sind, reihen sich an das angegebene noch sehr wichtige Bedenken gesundheitlicher Art. Wir wissen jetzt, daß durch das übliche Erhitzen die Milch in ihrer Beschaffenheit derart verändert wird, daß sie statt zum Nahrungsmittel zum Gifte werden kann. Ich glaube nicht, daß sich heute noch ein Sachverständiger findet, der der Zwangserhitzung aller in den Verkehr kommenden Milch das Wort redete. Das allgemeine Bestreben ist darauf gerichtet, durch Überwachung des Milchviehs, der Milchgewinnung und Milchpflege reine Milch auf den Markt zu bringen, die ohne Bedenken im rohen Zustande selbst an Säuglinge verabreicht werden könnte. Diesen Standpunkt hat u. a. auch Heubner vertreten, als in der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 25. März 1903 über den Säuglingsskorbut (Barlowsche Krankheit) verhandelt wurde. Heubner sagte, dort, wo gute Milch zu haben sei, sei es entschieden vorteilhafter, dieselben den Kindern roh zu verabreichen, als gekocht zu geben.*)

Die Frage der Verwendung von Milch, die schon erhitzt in den Handel gebracht wird, schien erledigt, bis in letzter Zeit der Versuch gemacht wurde, Milch, die in der Gegend der Produktion pasteurisiert wird, auf weite Entfernungen zum Zwecke des Verkaufs als Vollmilch zu versenden. Der Versuch wird jetzt z. B. mit Milch aus Dänemark in Berlin angestellt. Da der Versuch sich nicht bloß auf eine gelegentliche Zufuhr von pasteurisierter Milch beschränken, sondern einen großen Umfang annehmen soll und zweifellos auch die milchreichen Teile Deutschlands veranlassen wird, ihren Milchüberschuß in gleicher Weise, wie es mit dänischer Milch geplant ist, in den großen Städten zu verwenden, ist es Pflicht, auf die Gefahren hinzuweisen, die mit dem wilden, unkontrollierten Verkehr mit pasteurisierter Marktmilch verbunden sein können.

Eine Gefahr ist das Auftreten des Säuglingsskorbuts nach länger dauernder Verabreichung von Milch, die kurze Zeit auf einen hohen oder längere Zeit auf einen niedrigen Wärmegrad erhitzt wurde. Nach den Beobachtungen des Kinderarztes Neumann[1]) ist der Säuglingsskorbut in Berlin häufiger geworden. Neumann führt dies darauf zurück, daß die Milch vielfach pasteurisiert in den Handel kommt und dann im Hause nochmals aufgekocht wird. Neumann verlangt daher den Deklarationszwang für pasteurisierte Milch, damit das Publikum erfährt, ob zum Verkauf gestellte Milch für Kinderernährung geeignet ist oder nicht.

Ob der Säuglingsskorbut durch Verminderung des Lezithingehalts der Milch durch Erhitzen bedingt ist, die sich nach Bordas und Raczkowski beim Erhitzen der Milch über offenem Feuer auf 28 % beläuft, oder durch eine andere Veränderung der Milch steht noch dahin. Darüber bestehen aber keine Zweifel mehr, daß das Erhitzen tiefgreifende Veränderungen der Milch herbeiführt. Wir wissen, daß das Erhitzen ein Ferment zerstört, das Guajakholztinktur verändert, daß es die Gerinnungsfähigkeit der Milch auf Labzusatz aufhebt, daß es Schwefelwasserstoff aus dem Milcheiweiß freimacht, daß gekochte Milch bei neugeborenen Kälbern eine Art Ruhr erzeugt (C. O. Jensen[2]), daß rohe Milch von Kälbern leichter verdaut wird als gekochte (Doane und Price[3]), und daß gekochte Milch endlich bei älteren Kälbern lecksuchtartige Erscheinungen hervorrufen kann (eigene Beobachtungen).

Zweitens hat Flügge[4]) festgestellt, daß die in gewöhnlicher Weise erhitzte, also die gewöhnliche sterilisierte oder pasteurisierte Milch eine sehr gefährliche Giftwirkung entfalten kann. Durch das übliche Sterilisieren und Pasteurisieren werden die peptonisierenden Bakterien nicht getötet, diese wachsen in der sterilisierten und pasteurisierten Milch unter geringer makroskopischer Veränderung derselben weiter, und drei Arten dieser Bakterien bilden so reichlich Gifte, daß ihre Verfütterung bei jungen Hunden starke, zuweilen tödliche Diarrhöen hervorruft. Flügge hat daher gefordert, der Verkauf der in der üblichen Weise erhitzten Milch soll nur unter der Aufschrift gestattet werden:

> „Erhitzte Milch. Nicht keimfrei.
> Muß unter 18° aufbewahrt oder binnen 12 Stunden verbraucht werden."

Die hier in Betracht kommende Milch ist nach den eigenen Angaben der Importeure[5]) 36 Stunden unterwegs. Hierzu kommt noch als Zeit für Zersetzungen, die Zeit, die vergeht, bis der Berliner Händler die Milch an seine Kunden abliefert, und bis letztere die Milch verwenden. Die Aufbewahrung der Milch während dieser Gesamtzeit bei einer Temperatur von weniger als 18° wird nicht kontrolliert und läßt sich nicht kontrollieren. Deshalb schließt der Verkauf der importierten

*) Zeitschr. für Fleisch- u. Milchhygiene, XIV. Jahrg., S. 92.

[1]) Zeitschr. für Fleisch- u. Milchhygiene, lauf. Jahrg., S. 157.
[2]) Monatshefte für praktische Tierheilkunde 4. Bd., S. 97/124 und Kolle-Wassermann 3. Bd., S. 782,
[3]) Zeitschr. für Fleisch- u. Milchhygiene 1904, S. 389.
[4]) Zeitschr. für Hyg. u. Infektionskrankheiten 17. Bd., 2. H.
[5]) Vossische Zeitung, Nr. 293, II. Beilage.

pasteurisierten Milch die von Flügge ermittelte Gefahr ein. Daß die Milch aus Dänemark kommt, ist gleichgültig. Sie würde ganz ebenso zu beurteilen sein, wenn sie aus soweit entfernten Gegenden Deutschlands käme, daß sie einen $1^1/_2$ tägigen Transport durchzumachen hätte.

Drittens verdeckt, wie C. O. Jensen*) hervorhebt, das Pasteurisieren Zersetzungsvorgänge, die vor dem Pasteurisieren bestanden haben. Die pasteurisierte Milch kann infolge von Zersetzungsvorgängen vor dem Pasteurisieren giftige Stoffe enthalten, ohne daß dies der Käufer an dem Aussehen oder Geschmack der Milch zu erkennen vermag. Bei der rohen Milch ist dies bekanntlich anders.

Viertens fault pasteurisierte Milch. Rohe Milch fault nicht. Diese hat, wie Bienstock gezeigt hat, einen natürlichen Schutz gegen die Fäulnis durch Coli- und Aerogenesarten, die durch das Erhitzen zerstört werden. Rohe Milch vermag selbst Fleisch gegen Fäulnis zu schützen, gekochte nicht. Jensen betont, daß sich die Fäulnisbakterien in der pasteurisierten Milch sehr schnell vermehren und daß sie unzweifelhaft auch imstande sind, giftige Stoffe in der Milch zu bilden. Beim Ankauf pasteurisierter Milch kann man auch gewöhnlich nicht sehen, ob Fäulnisvorgänge ihren Anfang genommen haben, und ob die Milch viele oder nur wenige Bakterien enthält. Untersuchungen, die die Gesundheitskommission in Kopenhagen im Jahre 1899 angestellt hat, haben nach Jensen ergeben, daß von 142 Proben pasteurisierter 98 genau so wie 9 Proben roher Vollmilch einen Keimgehalt von 100 000 bis über zehn Millionen im ccm aufwiesen, wobei zu beachten ist, daß die in der rohen Milch angetroffenen Bakterien hauptsächlich aus den jedenfalls für den Erwachsenen unschuldigen Milchsäurebakterien bestanden, während in der pasteurisierten Milch die Hauptmasse der Bakterien Fäulniskeime bildeten.

Alle diese Gefahren rechtfertigen, wie ich meine, besondere Maßnahmen gegen den geplanten wilden Vertrieb von pasteurisierter Milch. Bis diese Maßnahmen ergriffen werden, ist es notwendig, die Konsumenten auf die Gefahren hinzuweisen, die mit dem Genuß von unkontrolliert in den Verkehr gebrachter pasteurisierter Milch verbunden sein können, und den Milchhändlern nahezulegen, die pasteurisierte Milch als solche zu deklarieren, damit die Käufer nicht wider ihren Willen diese Milch als Nahrungsmittel erwerben.

*) Grundriß der Milchkunde und Milchhygiene, S. 130/131.

Eine eigenartige Verbrennung des Trommelfells.

Von

Prof. Dr. Haug-München.

Am 24. Januar 1905 stellte sich ein 48jähriger, bisher immer ohrengesunder Mann vor mit der Angabe, er habe seit einigen Stunden intensive Schmerzen im linken Ohr, da ihm etwas ins Ohr hineingekommen sei, wahrscheinlich ein Stückchen eines Zündholzkopfes. Er habe nämlich in dem Augenblick, in dem ein Freund, gegen den er seitlich gewendet gestanden sei, ein schwedisches Zündholz anstrich, um sich eine Zigarre anzuzünden, einen stark stechenden Schmerz im Ohr verspürt.

Die objektive Untersuchung ergab das linke Trommelfell ganz stark hellrot verfärbt. Die hellrote Farbe kondensierte sich in der hinteren Hälfte zu einem dunkellividen Mattrot und in der Mitte dieser dunkelroten Stelle, etwa über der Grenze des hinteren unteren Segmentes, gerade in der Mitte, fand sich ein kleiner zirka stecknadelkopfgroßer, dunkler, grauschwarzer, prominenter Punkt, der allenthalben von einer schmalen, weißlich grauen Zone umzogen ist. Bei der Berührung mit der Sonde fühlte sich das Pünktchen derb und hart an und fällt aber bei etwas derberer Berührung auch sofort ab, einen scharf kontourierten runden Substanzverlust hinterlassend.

Es erwies sich, mit der Pinzette herausgeholt, tatsächlich als ein kleines Sprengstück eines schwedischen Zündholzes.

Die Hörweite war auf der erkrankten Seite nur verhältnismäßig wenig herabgesetzt; er hörte noch auf sieben Meter ganz gut Flüstersprache.

Die Terapie bestand in einfacher Okklusion des Meatus mit Ohrengaze und Verbot des Schnäuzens, was übrigens Patient schon von selbst nach Möglichkeit auszuschalten suchte, da er sofort Schmerzen bekommen hatte bei einem Versuch.

Zum Glück hatte Patient keines der Volksmittel gegen Ohrenschmerzen angewandt, keine Einträufelung von Öl oder Ausspritzung ausgeführt. Diesem Umstande wohl in erster Linie hatte er es zu verdanken, daß der Verlauf ein sehr guter und schneller war, indem sich nach einer leichten, bald vorübergehenden dünnen, serösen Secretion aus der Umgebung der Brandwunde der kleine Substanzverlust mit Epithel überzog und das Trommelfell rasch abblaßte. Bereits am sechsten Tage konnte völlige Heilung konstatiert werden; es schilferte lediglich das Trommelfell in der hinteren Hälfte, hauptsächlich an den mitverbrannten Umgebungsteilen der Ulcerationsstelle.

Der Fall ist eigentümlich wegen seiner Entstehungsweise; er zeigt uns wieder einmal, daß auch die sogenannten schwedischen Sicherheitszündhölzchen — es handelt sich hier um die roten mit gelbem Kopf und also angeblich die beste Qualität — absolut keine Garantie gegen dieses gefährliche Abspringen der Köpfe geben. Daß das Sprengstück so leicht auf das Trommelfell gelangen konnte, ist, abgesehen von dem unglücklichen Zufall, in erster Linie auf den sehr großen und weiten, sowie sehr geraden Gehörgang des Patienten zu schieben. Bei einem engeren und mehr gewundenen Gehörgang wäre das wohl schwerlich passiert; hier wären die Gehörgangswandungen die betroffene Partie geworden. Ebenso wäre am Trommelfell nichts passiert, wenn eine größere Menge Cerumen in ihm gewesen wäre, allein es war hier gar keines vorhanden, weil der Mann sich sehr häufig die Ohren gerade des Schmalzes halber ausspritzt. Ist aus der Affäre für den Betroffenen auch nichts weiter erwachsen als eine relativ kurze, qualvolle Schmerzenszeit, so zeigt doch der Vorfall, wie vorsichtig man beim Gebrauch solcher Hölzer in jeder Beziehung sein muß; am Auge wäre die Sache vielleicht weniger gut ausgefallen.

Referate.

Innere Medizin.

Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, des Scharlachs und der Syphilis.

Von John Siegel-Berlin.

(Medizin. Klinik 1905, Nr. 18.)

Siegel gibt hier den Inhalt des Vortrags wieder, den er in der Sitzung des Reichsgesundheitsrates vom 20. März d. J. gehalten hat. Er hat bei den vier Krankheiten Parasiten gefunden, die anscheinend derselben Protozoengattung angehören. Der Entwicklungsgang dieses Parasiten, des „Cytorhyctes“, wird an einer Tafel ausführlich erläutert. Artunterschiede der Parasiten bei den verschiedenen Krankheiten sind bisher nicht nachweisbar. Wahrscheinlich liegen die Verhältnisse hier ähnlich wie im Anfang der bakteriologischen Aera bei den Bakterien, oder wie noch heute bei den Trypanosomen. Dagegen gibt einen deutlichen Artunterschied der Sitz der Parasiten in der

erkrankten Haut ab. Die bekannten Guarnierischen Körperchen in der Cornea vaccinierter Kaninchen sind nach Siegel Vermehrungsformen des Cytorhyctes. Die Sonderstellung der Syphilis zeigt sich daran, daß bei ihr der Parasit im Bindegewebe in den und um die Gefäße zu finden ist. Siegel ist auch überzeugt, die Syphilis auf Kaninchen überimpfen zu können. Mittelst einer veränderten Impftechnik glaubt er Blutinfektion und typische Gefäßerkrankung der Iris erzeugen zu können. In einem Nachtrag erwähnt Siegel, daß es Piorkowski gelungen ist, bei einem Pferde durch Impfung mit Syphilisblut typische Papeln zu erzeugen. (Bei der Vorstellung in der Berliner medizinischen Gesellschaft wurde die Spezifizität der Erkrankung stark bezweifelt. Ref.). Mit dem Blut dieses Tieres hat er ein zweites Pferd mit gleichem Erfolg geimpft. Bei mikroskopischer Untersuchung einer Papel des zweiten Pferdes fand Siegel darin den Cytorhyctes luis. Lehfeldt.

Ruhrepidemie in Duisburg im Jahre 1904.

Von Kreisarzt Dr. Bahr in Duisburg.

(Zeitschr. f. Med. Beamte 1905. Nr. 10, S. 301.)

Am 7. August 1904 erkrankte eine Frau an Ruhr. Die Kranke war etwa sieben Tage lang nicht isoliert, da die Diagnose schwankte. An diesen Fall schlossen sich 20 Erkrankungen, deren Zusammenhang mit demselben erwiesen werden konnte; außerdem drei, bei denen es zweifelhaft blieb. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Am meisten gefährdet sind Personen, die mit der Pflege Ruhrkranker betraut sind; drei der Fälle gehören dahin. Die Übertragung kann durch Gegenstände wie Leib- und Bettwäsche erfolgen (zwei Fälle). Sie kann durch Gesunde übertragen werden, was hier durch drei Personen geschah. Endlich können scheinbar Genesene noch die Ruhr verbreiten, wenn Krankheitszeichen nicht mehr nachzuweisen sind. So erfolgte hier die Erkrankung eines Wärters erst drei Monate nach Beginn seiner Tätigkeit bei einem Kranken, der nach abgelaufener Ruhr an Inkontinenz des Darmes in Behandlung blieb. Über den bakteriologischen Beweis dieser an sich wahrscheinlichen Annahmen wird indessen nichts mitgeteilt. Ktg.

Über die vermeidbaren Impfschäden.

Von Dr. Georgii, Maulbronn.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr. 9, S. 269.)

Viele Impfschäden, die noch vor zehn Jahren als unvermeidlich galten, müssen heute zu den vermeidbaren gezählt werden. Damit alle vermeidbaren Impfunfälle tatsächlich auch vermieden werden, müssen eine Anzahl von prinzipiellen Forderungen erfüllt werden. In der Anlage 3 der Bundesratbeschlüsse vom 28. Juni 1899 werden unter den Vorschriften, welche von den Behörden bei der Ausführung des Impfgeschäfts zu befolgen sind, auch genügend große, helle, gereinigte Räume gefordert. Mobiliar wird als selbstverständlich angenommen. Häufig ist es nicht genügend vorhanden. Ohne dieses, namentlich Waschgelegenheit, Seife, Handtücher usw. ist eine aseptische Durchführung der Impfung nicht möglich. Die Schreibhilfe, die bereit zu stellen ist, besteht häufig aus ungewandten Personen.

Die Mitwirkung der Lehrer gegen Bezahlung von 1,50 M. für die erste und 1 M. für die folgenden Stunden wird empfohlen. Für die Impfungen der Privatärzte scheint eine Zimmerdesinfektion vor der Impfung wünschenswert, da gerade im Sprechzimmer des Privatarztes reichlich Gelegenheit zur Ansteckung mit azidentellen Wundkrankheiten usw. gegeben ist. Die Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge werden häufig nicht gelesen und deren Annahme überhaupt verweigert, mit der Bemerkung, daß man privatim impfen lasse. Dem läßt sich nur dadurch abhelfen, daß die Ausstellung einer Empfangsbescheinigung vorgeschrieben und die Verweigerung der Annahme verboten wird. Desinfektion der Hände des Arztes im streng chirurgischen Sinne vor jeder einzelnen Impfung ist nicht durchführbar, aber auch nicht nötig, ebensowenig wie eine Desinfektion der Impfstelle. Es genügt, darauf zu halten, daß die Kinder nur im gewaschenen Zustande zur Impfung erscheinen und ungewaschene unweigerlich weggeschickt werden. Schutzverbände würden ganz unnötig sein, wenn sich für die Lymphe ein anderes ebenso gutes Verdünnungsmittel wie das Glyzerin finden ließ, welches eine rasche, vollständige Vertrocknung des aufgetragenen Impfstoffes zulassen würde? Dann würde die Gefahr der Verschmierung durch Kleidung und Finger beseitigt. J. Meyer-Lübeck.

1. Einige kurze Bemerkungen zu der Abhandlung des Herrn Kreisarztes Dr. Lembke: Eine Paratyphusepidemie im Kreise Kreuznach.

Von Kr.-Ass.-A Dr Lentz Leiter der Kgl. bakteriol. Untersuchungsstelle in Saarbrücken.

2. Einige weitere Bemerkungen zu derselben Abhandlung.

Von Kr.-Ass.-A. Dr. Friedel in Koblenz.

(Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1905, Nr. 10. S. 305 bzw. 306.)

Dr. Lentz vervollständigt die betreffende Arbeit durch den Hinweis auf das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung, welche in allen vier Fällen die Diagnose bestätigte. Dieselbe Feststellung gelang Dr. Friedel im bakteriologischen Laboratorium zu Koblenz. Lentz macht außerdem darauf aufmerksam, daß die Sobernheimer Paratyphusepidemie wahrscheinlich viel mehr Fälle umfaßt hat. Denn die Erfahrung zeigt, daß es eine große Reihe von Infizierten gibt, die kaum krank erscheinen und niemals die Blutreaktion zeigen, während in ihren Stühlen wochenlang Paratyphusbazillen nachzuweisen sind. L. schließt, daß die Verbindung zwischen den bekannt werdenden schwereren Fällen in der Regel durch ganz leicht Erkrankte oder gesund bleibende Infizierte hergestellt wird. Ktg.

Ein Fall von Stomatitis aus klinischem und bakteriologischem Gesichtspunkt. Bacterium stomato-foetidum, ein aërober Fäulniserreger.

Von Dr. T. Fischer-Stockholm.

(Ztschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 49, Heft 3.)

Ein 24jähriger kräftiger Mann, der außer einer längst geheilten Gonorrhöe nie eine Krankheit durchgemacht hat, erkrankt mit den Symptomen einer Angina.. Daran schließt sich eine sehr heftige Angina mit dicken, schmierigen, später zerfließenden Belägen. Außer der ganzen Mundschleimhaut werden allmählich auch die Schleimhäute des Larynx, der Nase, der Konjunktiven, der Urethra befallen. Längerdauerndes Fieber, sehr starker Foetor. Nach etwa vier Wochen völlige Heilung. Der anfänglich gehegte Verdacht auf Diphtherie wird durch die Untersuchung nicht bestätigt. Dagegen findet sich in den Sekreten aller Schleimhäute ein kurzes Stäbchen, das mit keiner bekannten Bakterienart zu identifizieren ist. Fischer beschreibt die morphologischen und biologischen Eigenschaften dieses Stäbchens, das er Bacterium stomato-foetidum nennt, ausführlich. Er hält es für den Erreger der Krankheit, zumal seine Kulturen Fäulnis mit sehr starkem Foetor hervorrufen. Impfversuche auf der Schleimhaut von Tieren fielen freilich negativ aus. Auffällig ist es, daß das Bacterium stomato-foetidum Fäulnis erregt, obwohl es aërob lebt; bisher nahm man mit Bienenstock an, daß alle Fäulniserreger Anaëroben seien.

Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Ärztliches Obergutachten über den Gesundheitszustand des Arbeiters B.

Von E. Hitzig.

(Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 39, Heft 3.)

B. hatte dadurch einen Unfall erlitten, daß er von einem auf ihn fallenden Balken etwa $^3/_4$—1 m tief derart heruntergestoßen wurde, daß er auf die Füße zu stehen kam. Er wurde nun tatsächlich krank, litt an entzündlichen Plattfüßen und einem rezidivierenden Gelenkrheumatismus. Aber er übertrieb nicht nur die Beschwerden seiner wirklich vorhandenen Leiden, sondern simulierte noch allerhand nervöse Krankheitserscheinungen hinzu, welche sich auf ein angebliches Rückenmarksleiden beziehen sollten, und zwar begann er mit diesen Täuschungsversuchen erst längere Zeit, etwa nach $1^1/_2$ Jahr nach dem Anfang seiner Krankheit. Fragt man nach den Motiven, so ergibt sich fast regelmäßig, daß der Kranke dadurch auf den Weg des Unrechts gedrängt worden ist, weil er sich in seinen eigenen Rechtsansprüchen gekränkt glaubt, und weil er gegenüber der ihm seiner Meinung nach zugefügten Bedrückung kein anderes Mittel findet als den Betrug. Im vorliegenden Falle bestand die vermeintliche Rechtskränkung in einer angeblichen widerrechtlichen Entziehung des Krankengeldes. Bei der Beurteilung strittiger Fälle wird man äußerst vorsichtig sein müssen, und gerade diejenigen, welche die raffiniertesten Mittelchen und Schlingen ausklügeln, um Simulanten zu entlarven, irren sich leicht in der gröblichsten Weise. Wiederholt hat H. gesehen, daß Unfallverletzte als Simulanten diagnostiziert wurden und in Wirklichkeit schwer krank waren. Die einzigen und wahren Mittel zur Aufdeckung und richtigen Beurteilung der Simulation bestehen in der kunstgemäßen und wiederholten Anwendung der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden auf den Einzelfall. Der Laie kennt den Sinn und den Mechanismus der einzelnen klinischen Zeichen nicht und kann solche daher auch niemals willkürlich naturgemäß erzeugen und wird mit der Zeit eine solche Summe von widersinnigen Untersuchungsergebnissen ans Tageslicht fördern, daß das Urteil über seine Glaubwürdigkeit und über die Realität und Irrealität seiner Beschwerden nicht schwer fällt.

Hoppe-Uchtspringe.

Wie sichern wir den Heilerfolg der Anstalten für Nervenkranke.

Von M. Laehr.

(Arch. f. Psych., Band 40, Heft 1.)

Voraussichtlich schon in wenigen Jahren werden in Deutschland eine Reihe von Anstalten bedürftigen Nervenkranken zur Verfügung stehen und damit ist in dieser für das Volkswohl so wichtigen Frage der erste und wichtigste Schritt getan. Wenn nun als Ziel der Fürsorge für die Nervenkranken nicht nur die Beseitigung des Krankheitszustandes, sondern auch die Wiedererlangung der dauernden Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu gelten hat, so erhebt sich die sozial-wirtschaftlich bedeutungsvolle Frage, ob dieser zweifachen Aufgabe innerhalb der Heilstätte genügt werden kann, und welche Einrichtungen von vornherein zu treffen sind, um diesen Erfolg nach Möglichkeit vorzubereiten. Ein Arbeitgeber, der bei dem großen Angebot von Arbeitskräften stets die Leistungsfähigsten aussucht, wird naturgemäß ungern einen Arbeiter anstellen, der vorher monate-, jahrelang nervenkrank gewesen ist, und dessen Arbeitsfähigkeit ihm daher zum mindesten zweifelhaft erscheint. Sein Mißtrauen wird wahrscheinlich noch stärker, wenn er erfährt, daß der Betreffende direkt aus einer Anstalt für Nervenkranke kommt. Es bleibt daher nur der Ausweg, dem ehemaligen Kranken die Gelegenheit zu verschaffen, seine dauernde Arbeitsfähigkeit praktisch zu beweisen. Das kann er aber in der Heilstätte selbst, wenn auch in ihr gearbeitet wird, nur unvollkommen, da im Interesse der Gesundheit der Arbeitenden die Organisation der Arbeit auf die Verhältnisse eines Krankenhauses Rücksicht nehmen muß. Wir müssen deshalb schon jetzt besondere Arbeitsstätten gründen, in die ein Teil der Kranken sofort nach dem Ausscheiden aus der Heilstätte eintreten kann und wo dieselben den Beweis ihrer Leistungsfähigkeit liefern können, so daß, falls sie sich an einen Arbeitgeber wenden, dieser keinen Grund hat, ihnen weniger zu trauen als andern Arbeitsuchenden. Würde hier nun noch ein Zentralarbeitsnachweis eingreifen, so daß dem Manne eine seinen Neigungen und Kräften entsprechende Arbeit zugewiesen werden könnte, so dürfte der sonst drohenden Gefahr der Arbeitslosigkeit in wirksamster Weise entgegengearbeitet werden. Derartige Arbeitsstätten wären aber nicht nur wünschenswert, um die Vorurteile der Arbeitgeber zu überwinden, sondern sie würden zugleich auch noch eine zweite, ungleich wichtigere Aufgabe erfüllen, indem sie vielen entlassenen Kranken die in der Heilstätte nur bis zu einem gewissen Grade zu erreichende, für das Leben aber erforderliche Festigung der Gesundheit in glücklichster Weise anbahnen könnten. Sie würden damit zu einer auch für zahlreiche Kranke der bemittelteren Kreise anzustrebenden Durchgangsstation von der Heilstätte ins Leben. Hoppe-Uchtspringe.

Zur Frage der „erblichen Belastung“ bei Geisteskrankheiten.

Von Prof. A. Hoche-Freiburg i. B.

(Medizin. Klinik 1905. Nr. 18.)

Hoche weist eindringlich auf den Umfang hin, der heute vielfach durch die übermäßige Betonung der erblichen Belastung bei Geisteskrankheiten angerichtet wird. Selbst wenn es wahr ist, daß bei etwa der Hälfte aller Geisteskranken erbliche Belastung nachzuweisen ist, so ist damit für den Einzelfall noch gar nichts erwiesen, und es ist ganz unmöglich, dem einzelnen aus der Familien-Anamnese das Horoskop zu stellen. Besonders warnt Hoche auch vor der Überschätzung der sogenannten körperlichen Degenerationszeichen. Eine sorgfältige Prüfung wurde hier vielleicht schon deshalb zu überraschenden Ergebnissen führen, weil viele dieser Degenerationszeichen mit den Symptomen hereditärer Syphilis zusammenfallen, wie sie Forunier nicht nur in der zweiten, sondern auch in der dritten und vierten Generation nachgewiesen hat. Jedenfalls stehen wir in der Frage der Erblichkeit nicht etwa auf gesichertem Boden, sondern erst am Anfang zuverlässiger Kenntnisse, die nur durch genaue Prüfung im einzelnen und vorsichtige statistische Forschungen zu erweitern sind. Lehfeldt.

Über Gesundbeten.

Von Ilberg.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 1/2.)

Der Scientismus zeitigt zweifellos mannigfache Gefahren. In Deutschland ist die gegenwärtige Gesetzgebung jedoch ausreichend, um seinen Auswüchsen wirksam entgegenzutreten.

Hoppe-Uchtspringe.

Beitrag zur Frage der Spätgenesung von Psychosen.

Von Sigel.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, Heft 3.)

Seit Einführung des B. G. B. ist insbesondere in Rücksicht auf § 1569 (Ehescheidung wegen Geisteskrankheit) die Frage der Spätgenesung für den Sachverständigen sehr wichtig. Eine Spätgenesung ist nach Kreuser dann vorhanden, wenn die Psychose erst nach drei Jahren zur Heilung gelangt. Spätgenesungen, sogar nach 10—15 Jahren hat man bei den ver-

schiedenartigsten Krankheiten gesehen. Sigel teilt drei Fälle (1 Manie, 1 halluzinatorisches Irresein mit periodischem Verlauf, 1 Hysterie) mit, in denen die Genesung nach acht, vier und neun Jahren eintrat. Hoppe-Uchtspringe.

Kasuistischer Beitrag zur klinischen und forensischen Beurteilung des Pseudo-Querulantenwahns.

Von Dr. A. Groß.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 1905, Bd. 29, S. 107.)

Der genau beschriebene Fall eines Pseudoquerulanten bietet an sich nichts besonders interessantes und ist nur wegen seiner forensischen Behandlung von Bedeutung. Trotzdem der Schluß des Gutachtens dahin lautete, daß die freie Willensbestimmung zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlung nicht als völlig ausgeschlossen betrachtet werden könnte, und dieser Standpunkt auch im gerichtlichen Termin vertreten wurde, erachtete das Gericht durch die vorausgehenden klinischen Erörterungen den Nachweis einer so erheblichen Störung der Geistestätigkeit erbracht, daß es den Angeklagten freisprach. Dies Ergebnis legt die Überlegung nahe, ob es überhaupt zweckmäßig sei, wie es doch wohl meist geschieht, den Schwerpunkt der irrenärztlichen Beweisführung in die Frage der Zurechnungsfähigkeit zu legen und nicht vielmehr in die Schilderung der Persönlichkeit des Angeklagten und deren Verhältnis zu seiner Umgebung im allgemeinen und der Straftat im besonderen. J. Meyer-Lübeck.

Chronische Paranoia in verwaltungs-, straf- und zivilrechtlicher Beziehung.

Von Weber.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

Die chronische Paranoia ist diejenige Psychose, welche zu den kompliziertesten, forensischen Verwicklungen führt, insbesondere wenn die Geisteskrankheit jahrzehntelang besteht, ohne daß eine erhebliche Urteilsschwäche eintritt. Zwei Fälle, die in dieser Beziehung besonders lehrreich sind, werden ausführlich mitgeteilt und die einschlägigen Fragen: Entmündigung — Straffähigkeit — Anstaltspflegebedürftigkeit näher besprochen. W. betont zum Schluß, daß der Nachweis der dauernden und unheilbaren Erkrankung in solchen Fällen nicht ohne weiteres die zivil- und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit ausschließt, namentlich aber soll die Tatsache, daß einzelne verhältnismäßig unbedeutende, gemeingefährliche Handlungen begangen wurden, nicht die Veranlassung zu einer dauernden Internierung in einer Anstalt abgeben. Der Zustand des Kranken wird dadurch nicht gebessert und der Allgemeinheit erwachsen schwere Lasten durch die Fürsorge für Leute, die trotz ihrer schweren Erkrankung sonst imstande wären, eine selbständige soziale Existenz zu führen. Hoppe-Uchtspringe.

Über jugendliche Paralyse.

Von H. Vogt und O. Franck.

(Deutsche Med. Wochenschr. 1905, Nr. 20.)

Ein 1887 geborener Knabe, bei dem außer dem durchaus nicht eindeutigen Hutchinsonschen Typus der Zähne nichts für hereditäre Lues spricht, macht in den ersten Lebensjahren einen Typhus sowie eine „Hirnentzündung“ durch. Epileptiforme Anfälle wurden schon vor der Aufnahme (1895) in die Anstalt (Langenhagen) beobachtet. Er besucht die Anstaltsschule, macht mäßige Fortschritte, lernt den Zahlenkreis bis 5 beherrschen. Seit 1898 verschlechtert sich sein Befinden allmählich (über Behandlung ist leider nichts angegeben). Er wird psychisch stumpfer, die epileptiformen Anfälle treten häufiger auf; zugleich stellt sich eine Erschwerung der aktiven Beweglichkeit ein. Er wird unsicher beim Gehen, die rechte untere Extremität zeigt leicht spastische Parese. Seit 1902 macht sich auch zunehmende Unsauberkeit bemerkbar. Psychisch treten mit deutlicher Euphorie schwachsinnige Größenideen auf. Die Pupillen zeigen ungleiche Weite (links größer als rechts) und träge Reaktion. Gegenwärtig ist das Gehen nur mit Unterstützung möglich, intendierte Bewegungen spastisch-ataktisch, die Sprache langsam, schwerfällig, längere Worte werden verstümmelt. Kniereflexe sind erhöht. Fußclonus, Plantarreflex, Babinski vorhanden. Schmerzempfindung herabgesetzt. Daneben treten angeblich Größenideen auf; er kann 100 Teller essen, ist 3000 Jahre alt, sein Vater hat ganz viele Pferde.

Auf die jugendliche Paralyse wird jetzt viel gefahndet, auch im vorliegenden Fall soll an dieser Diagnose kein Zweifel sein. Wer jedoch Gelegenheit gehabt hat, Epileptiker, namentlich solche, bei denen wie in diesem Fall, die Anfälle nach Infektionskrankheiten (Typhus-Poliencephalitis-Meningitis?) auftraten, längere Zeit zu beobachten, wird mit einer solchen Diagnose sehr zurückhalten. Gerade das Bild, das die durch feinere organische Veränderungen des Gehirns (wie oft nach Infektionskrankheiten) bedingte Epilepsie darbietet, ändert sich relativ häufig. In kurzer Zeit entwickeln sich mitunter — meist im Anschluß an gehäuft auftretende Anfälle, die vielleicht mit leichten Hirnblutungen oder kleinen Embolien einhergehen — spastische Kontrakturen einer oder mehrerer Extremitäten, die den ganzen Krankheitsbefund wesentlich umgestalten. Daß bei dem schwachsinnigen Kinde Größenideen vorliegen sollen, ist wahrscheinlich nicht ganz ernst gemeint, denn man wird, wenn ein Kind, dessen Vorstellungskreis sich sogar in relativ gesunden Tagen nur bis fünf, höchstens bis zehn erstreckt, behauptet, es esse 100 Teller oder es sei 3000 Jahre alt, doch nur sehr schwer an wirkliche Größenideen glauben wollen, zumal man einem derart schwachsinnigen Kinde leicht ganz unbeabsichtigt irgend eine beliebige Antwort suggerieren kann. Hoppe-Uchtspringe.

Hygiene.

Die Übertragung ansteckender Krankheiten durch Badeanstalten und deren Verhütung.

Von Dr. Deutsch, Neuhaus i. Westfalen.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin, 1905, Bd. 29, Heft 2, S. 379.)

Verf. bespricht die Frage, ob und wie Infektionskrankheiten durch Badeanstalten übertragen werden und welche Maßregeln dieser Gefahr vorbeugen können.

Bei den Badeanstalten in offenen Gewässern ist die Übertragung von Infektionskrankheiten häufig beobachtet, zumal die frequentiertesten derartigen Anstalten meist in der Nähe größerer Städte liegen, wo eine Verunreinigung des Wassers in erhöhtem Maße stattfindet. Am meisten und sichersten sind beobachtet Fälle von Weilscher Krankheit, mit Wahrscheinlichkeit auch Typhus und Cholera. Verhütet werden kann die Gefahr nur durch Vermeidung der Verunreinigung von Flußläufen, wenn dies nicht möglich durch Anlage der Badeanstalt am Flusse oberhalb der Stadt, wo noch keine starke Verunreinigung eingetreten ist. Ist der Fluß starken Verunreinigungen dauernd ausgesetzt, so muß eventuell eine Anlage von Badeanstalten in ihm dauernd verboten werden.

Die Bassinbäder haben vor den offenen Bädern den Vorteil, daß man die Beschaffenheit des Wassers besser wählen kann, indem man die Entnahmestelle an einem Fluß möglichst weit oberhalb der Stadt legt, das Wasser eventuell vorher durch Klärbecken leitet oder indem man überhaupt völlig einwandfreies Brunnen- oder Leitungswasser verwendet. Der Nachteil der Bassinbäder besteht darin, daß in ihnen das Wasser nicht beständig wechselt und daher dasselbe Wasser von einer größeren

Anzahl von Badenden benutzt wird. Es kann daher Infektion von Person zu Person übertragen werden; es können aber auch Keime sich an den Wänden und auf dem Boden des Bassins ansiedeln und dann wieder frisch hinein gelassenes Wasser infizieren. Tatsachen, welche die Möglichkeit der Verbreitung von Infektionskrankheiten durch Badeanstalten beweisen, sind bekannt.

Die wichtigste Maßregel, um derartigen Vorkommnissen vorzubeugen, ist eine häufige Erneuerung des Wassers. Die völlige Erneuerung des Wassers ist namentlich bei Bädern, die mit Leitungswasser gespeist werden, immer mit erheblichen Kosten verknüpft. Viele Badeanstalten wechseln daher das Wasser nicht sehr häufig, manche nur einmal in der Woche. Ein schlechter Notbehelf ist eine öftere teilweise Erneuerung. Hierdurch wird wohl eine Verdünnung etwaiger Infektionsstoffe, aber keine Fortschaffung derselben bewirkt. Ein brauchbarer Maßstab zur Beurteilung des Wassers ist bisher nicht gefunden und es ist daher die Grenze, wie lange Wasser im Bassin bleiben darf, schwer zu bestimmen. Im allgemeinen ist eine weniger häufige völlige Erneuerung des Wassers zweckmäßiger, weil dann das Bassin besser und häufiger gereinigt werden kann. Diese Reinigung geschieht am besten durch Schrubber und einen starken Wasserstrahl, einmal in der Woche, unter Benutzung von desinfizierenden Flüssigkeiten. Für die Reinigung ist auch Bauart und Material des Bassins sehr wichtig. Alle scharfen Ecken und Winkel sind zu vermeiden. Das beste Material ist glatter Zement. Die oft benutzten Kacheln haben zu viele Fugen: Glasplatten sind nicht widerstandsfähig genug. Keiner darf in das Bad steigen, ehe er zuvor gründlich gereinigt ist. Die darauf bezüglichen Vorschriften müssen streng kontrolliert werden, die Abseifevorrichtungen müssen möglichst weit vom Bassin liegen, damit kein Schmutz in dasselbe geraten kann. Ein Mangel, der bisher noch nirgends gerügt ist, ist der, daß in keiner Anstalt eine Vorschrift besteht, wie viele Personen gleichzeitig baden dürfen. Wenn zn viele Personen sich zugleich im Bassin befinden, wird die Infektionsmöglichkeit erheblich gesteigert. Ein weiterer Übelstand ist die Zulassung von Nichtschwimmern im Bassin, wenigstens für solche Badeanstalten, welche mit ihrem Wasser sparen müssen. Sie haben von dem Bassin keine Vorteile und können dieselbe Wirkung des Bades im Einzelbade erreichen. Die Verunreinigung des Wassers durch die Nichtschwimmer ist aber dieselbe wie bei den Schwimmern. Bei reichlichem Wasser soll man sie dagegen zulassen, denn aus den Nichtschwimmern rekrutieren sich eben die Schwimmer.

Die Einzelbäder in Wannen werden meist mit völlig einwandfreiem Leitungswasser gespeist, welches nach jedesmaligem Gebrauch entfernt wird, um dann die Wanne vor dem Neugebrauch gründlich zu säubern. Noch einwandfreier sind die Brausebäder. Sie stellen eigentlich in Beziehung auf das vorliegende Thema die idealste Badeart dar, denn bei ihnen fließt jedes benutzte Wasserteilchen sofort vom Körper ab und tritt dann weder mit demselben, noch mit anderen Körpern mehr in Berührung. Der Wasserverbrauch ist dabei der geringste. Diese Bäder finden deshalb ausgedehnteste Verwendung in den Volksbadeanstalten. Als Faktoren für die Möglichkeit der Übertragung von Infektionskrankheiten, die allen Badeanstalten gemeinsam sind, sind die baulichen Einrichtungen und die beim Baden nötigen Gebrauchsgegenstände zu nennen. Hier muß die erste Forderung Reinlichkeit und Reinhaltung unter dem Einflusse einer intensiven, tageshellen Erleuchtung sein. Gebrauchsgegenstände müssen am besten im Besitze des Einzelnen sein. Unstatthaft ist es jedenfalls, derartige Gegenstände in die einzelnen Zellen zu allgemeiner Benutzung zu legen. Die Badewäsche, welche von den Anstalten ausgeliehen wird, muß vor dem jedesmaligem Gebrauch nicht nur gewaschen, sondern auch ausgekocht sein.

Im allgemeinen muß man sagen, daß die Infektionsmöglichkeit durch den Besuch von Badeanstalten keine allzugroßen und daß sie leicht zu beseitigen sind. Die größten liegen offenbar bei den Schwimmbädern, die geringsten bei den Brausebädern vor. Trotzdem sind die Schwimmbäder den Brausebädern vorzuziehen. Will man das regelmäßige Baden wieder zum Allgemeinbedürfnis machen, so muß man es populär machen, das geschieht aber nur durch Schwimmbäder nicht durch Einzelbäder. Es liegt auch kein Grund vor, sich über die Gefahren der Schwimmbäder zu beunruhigen. Die oben angegebenen Maßregeln genügen, um die Möglichkeit der Übertragung ansteckender Krankheiten durch Schwimmanstalten zu einer minimalen zu machen.

J. Meyer, Lübeck.

Die Widerstandsfähigkeit verschiedener Bakterienarten gegen Trocknung und die Aufbewahrung bakterienhaltigen Materials, insbesondere beim Seuchendienst und für gerichtlich-medizinische Zwecke.

Von Prof. Heim-Erlangen.

(Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 50, Heft 1)

Viele Bakterien lassen sich im Laboratorium nur durch häufige Überimpfung und andre umständliche Manipulationen lebens- und widerstandsfähig erhalten. Um diesem Übelstand aus dem Wege zu gehen, trocknet Heim das Material ein. Er fand, daß dabei viele Bazillen, z. B. die des Tetanus, des Mäusetyphus, der Diphtherie, des Milzbrandes sich über ein Jahr und länger lebensfähig hielten. Besonders geeignet ist die Methode für Untersuchung von bazillenhaltigen Flüssigkeiten, wie Blut und Eiter. Seidenfäden werden in die Flüssigkeit eingetaucht und dann in Röhren aufbewahrt, die eine hygroskopische Substanz (am zweckmäßigsten Chlorcalcium) enthalten. Die Fäden sind dann für die Untersuchung jederzeit gebrauchsfähig.

Lehfeldt.

Säuglingsschutz und Säuglingssterblichkeit.

Von A. Schloßmann in Dresden.

(Med. Klinik 1905. Nr. 23, S. 569.)

440 529 Säuglinge sind 1903 im Deutschen Reich im ersten Lebensjahre gestorben. Von allen Sterbefällen kommen 34,5 % auf diese Kategorie. In Sachsen sogar 42,3 %. Verf. läßt den Einwand nicht gelten, daß die Säuglingssterblichkeit ein Ventil gegen die Übervölkerung sei. Er hält die Volksvermehrung für den nationalen Wohlstand für ersprießlich; auch wird die Geburtenfolge langsamer, wenn viele Kinder am Leben bleiben. Ferner sieht S. einen großen Verlust an Nationalvermögen darin, daß die Aufwendungen verloren sind, die für das Kind bis zu seinem Tode gemacht wurden. Endlich sei es nicht richtig, daß hauptsächlich die Schwachen zugrunde gehen; im Gegenteil liege ein besonderes Verhängnis darin, daß von den mit mangelhafter Pflege einhergehenden Krankheiten, z. B. Brechdurchfällen, die kräftigsten Kinder ebenso dahingerafft werden, wie die dekrepiden. Daß die Säuglingssterblichkeit keine Selektionserscheinung im Sinne Darwins ist, geht auch daraus hervor, daß ihr Anwachsen mit einer Verminderung der Militärtauglichen unter den Überlebenden Hand in Hand geht.*) Denn dieselben üblen Lebensbedingungen, welche den Tod so vieler Kinder im ersten Lebensjahre verursachen, beeinflussen auch die Entwicklung der übrig bleibenden und heranwachsenden ungünstig. Gründliche Abhilfe ist nur zu hoffen, wenn man den Kindern wieder die Ernährung an der Mutterbrust in höherem Maße sichert. An der physischen Eignung der Frauen dazu ist nicht zu zweifeln, wohl aber an der sozialen. In den oberen Ständen kämpft die Frau um die Stellung im Berufsleben neben dem

*) Vgl. meine Besprechung des v. Voglschen Buches: die wehrpflichtige Jugend Bayerns in Nr. 205 der Zeitung.

Manne; in den unteren hat der Kampf um das Dasein (der doch durch die Übervölkerung andauernd verschärft wird, Ref.) die Frau viel mehr als früher zum Broterwerbe gedrängt. Beides entfremdet sie ihrer häuslichen Position und macht ihr besonders die Ausübung der Mutterpflicht zur Last. (Das ist auch einer der wirtschaftlichen Gründe für die zunehmende freiwillige Beschränkung der Kinderzahl! Ref.) — Verf. fordert vor allem erhöhten Mutterschutz; Einrichtungen, welche auch den im Berufsleben stehenden Frauen längere Zeit vor der Niederkunft und mindestens acht Wochen nachher auskömmliche Schonung und Unterstützung gewähren. Damit soll eine viel strengere ärztliche Beaufsichtigung der in fremder Pflege untergebrachten Kinder und der Milchversorgung verbunden werden, damit auch diejenigen Säuglinge einwandfreie Wartung und Ernährung erhalten, denen die natürliche nicht zu Teil werden kann.

Dem ist gewiß zuzustimmen. Aber ich meine doch, daß die erschreckende Zunahme der Säuglingssterblichkeit in gewissem Grade mit dem Eindringen der Frauen in die Männerberufe zusammenhängt. Die Ausführungen des Verfassers sind m. E. ein starker Protest gegen eine weitere Entwicklung nach dieser Richtung, so viel auch agitatorisch für diese gekämpft wird. Die unendliche Mehrzahl der Berufsarten des Mannes verlangt im heutigen Kampf ums Dasein die volle Hingabe der Arbeitskraft und Arbeitszeit. Welcher Beruf, den heute Frauen anstreben, kann sich wohl einen so umfänglichen, wiederholten Ausfall gefallen lassen, wie ihn der vom Verfasser geforderte „Mutterschutz“ mit sich bringen müßte! Die Frau gehört eben nicht in viele Berufe, die sie heute fordert; gerade ihr Geschlechtsleben schließt sie aus. Ein gewisses Korrektiv liegt darin, daß für eine sehr bedeutende Anzahl von Angehörigen des weiblichen Geschlechtes, zumal in den sogenannten höheren Ständen, die „Frauenfrage“ erst beginnt, wenn die Aussicht auf die Ehe endgültig geschwunden ist, die ja nur etwa eine auf fünf erreicht. — Im übrigen ist jedes Streben zu unterstützen, welches auf Verbesserung des Lohns der Frauen gerichtet ist, die gezwungen sind, fürs tägliche Brod zu arbeiten. Ktg.

Zur Frage der Konservierung der Milch durch Formaldehyd, speziell zum Zwecke der Säuglingsernährung.

Von Dr. Leo Schaps,
chem. Assistenzarzt am Dresdener Säuglingsheim.

(Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankheiten. 50. Band. 2. Heft. 1905, S. 247.)

Die von von Behring angeregte Verwendung von Formaldehyd zur Konservierung von Nahrungsmitteln hat keine Anerkennung gefunden, weil es den damit versetzten Nahrungsmitteln einen widerwärtigen Geschmack mitteilt und weil seine Unschädlichkeit nicht erwiesen ist. Verf. stellte zunächst fest, daß v. B's. Behauptung nicht zutrifft, nach der Zusätze von 1:4000 für Geruch und Geschmack nicht mehr wahrnehmbar sein sollen. Noch die zehnfache Verdünnung war deutlich zu erkennen. Kultur- und Impfversuche ergaben, daß Zusätze bis zu 1 auf 5000 in Milch das Wachstum weder von Staphylococcus noch von Tuberkelbazillen verhinderten, wenn auch eine Verlangsamung — proportional dem Zusatze — eintrat.

Nach Tierversuchen nahm Behring an, daß ein Formalinzusatz bis zu 2 ‰ unschädlich sei. Verf. teilt „zur Warnung“ das Obduktionsprotokoll eines Säuglings mit, der 20 Tage lang Milch erhalten hatte, die durch Formalinzusatz von 1:10000 konserviert war. Der Dünndarm war 70 cm lang vom Pylorus in abnehmender Intensität mit Geschwüren besetzt, welche sich in der mikroskopischen Untersuchung als entzündlicher Art erwiesen. Verf. hält danach weitere Prüfung an lebenden Kindern nur für erlaubt, wenn die Prognose quoad vitam absolut ungünstig ist. [Darin trete ich ihm nicht bei, erachte vielmehr die Fortsetzung solcher Versuche für unerlaubt, ja straffällig, nachdem ihre Schädlichkeit erwiesen ist. Daß eine so ausgedehnte Verätzung des Darmes den Exitus beschleunigt haben muß, dürfte kaum zu widerlegen sein. Ref.] Ktg.

Über die Entstehung, Erkennung und Behandlung undichter Fleischkonservebüchsen.

Von Prof. D. E. Pfuhl in Berlin.

(Zeitschr. für Hyg. u. Infekt. Krkhtn. 50 Band, 2. Heft, 1905, S. 317.)

In der auf S. 204 der Zeitung besprochenen Arbeit hatte Pf. darauf hingewiesen, daß selbst nach sorgfältiger Sterilisation noch Büchsen mit lebensfähigen Keimen vorkommen. Das stammt von Undichtigkeiten feinster Art, die teils durch Schäden im Blech, teils durch Mängel am Deckelfalz oder — bei viereckigen Büchsen — an den Umbiegungsstellen bedingt werden. Die Undichtigkeiten markieren sich durch Austritt von Bouillon; solche Büchsen verderben rettungslos, wenn ihre Beschaffenheit nicht sofort gefunden wird. Verf. prüfte die Methoden nach, deren man sich dazu bedient. Der für die Großfabrikation sicherste Weg ist der, daß man die kurz zuvor sterilisierten Büchsen, wenn sie eben abgekühlt sind, in kochend-heißes Wasser setzt. Undichte Büchsen haben beim Abkühlen Luft aufgenommen; bei der Ausdehnung des Inhaltes im heißen Wasser wird sie herausgepreßt und tritt in Blasen an die Oberfläche. Die andere Methode besteht darin, die noch heißen Büchsen mit der Luftpumpe zu behandeln. Undichtigkeiten markieren sich durch Bouillonaustritt in den luftverdünnten Raum. Pf. hält es für geboten, alle undicht befundenen Büchsen sofort zu öffnen, umzupacken oder anderweitig zu verwenden. Man kann sich vorstellen, daß der Geschmack des Inhaltes solcher mehrmals sterilisierter Büchsen nicht gerade gewinnt. Ktg.

Unfall und Krankenfürsorge, sowie Wohlfahrtseinrichtungen beim Bau des Simplontunnels.

Von E. Haffter.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, Nov. 1904, S. 693.)

Die Simplondurchbohrung ist nicht nur die räumlich größte aller bisherigen derartigen Ausführungen, sondern bot auch sonst ungeahnte Schwierigkeiten, deren Überwindung fast übermenschliche Kraft und Energie erforderte und an die Technik die ungeheuerlichsten Anforderungen stellte. Zu diesen Schwierigkeiten gehörte auch die Erzielung einer genügenden Ventilation im Tunnel, um die Arbeit überhaupt zu ermöglichen, da an manchen Stellen die Gesteinstemperatur fast 57 Grad betrug. Die Lösung dieser Frage war nur möglich durch die gleichzeitige Herstellung eines zweiten Stollens, des Parallelstollens, durch den man 1500 cbm Luft per Minute, d. i. 3 cbm pro Mann und Minute an die Arbeitsstelle bringen konnte.

Um eine Abkühlung zu erzielen, mußten stündlich zwei Millionen Wärmeeinheiten entfernt werden. Diese Abkühlung geschah durch Kühlwasser, welches in einer besonderen isolierten Leitung in den Berg geleitet wurde. Die Isolierung wirkte so gut, daß man am Ende der isolierten Leitung im Sommer Wasser von 15 Grad, im Winter von 5—6 Grad hatte. Zur Kühlung der Luft wird das Wasser an besonderen Stellen des Stollens durch nach oben gerichtete Streudüsen fein zerstäubt. Dieser Wasserstaub füllt das ganze Profil des Stollens aus. Die Luft muß diese Stelle passieren und gibt hier ihre Wärme ab. Sie verliert aber auch einen Teil ihres Wassergehalts und ist daher an den Arbeitsstätten relativ trocken.

Neben dieser wesentlichsten Fürsorge für gute Luft an der Arbeitsstätte war auch für das körperliche Wohl der Arbeiter im übrigen in vorzüglicher Weise gesorgt. Die Arbeitszeit war nicht zu lang, acht Stunden; zur Arbeitsstelle wurden die Arbeiter mit besonderen Transportzügen befördert.

Am Tunneleingang war Gelegenheit zum Waschen und Baden und zum Wechseln der Kleider, um die Gefahren der Erkältung beim Übergang aus dem Tunnel in die rauhe Außenluft zu vermeiden. Durch peinliche Reinhaltung und die starke Lüftung gelang es auch, den furchtbarsten Feind der Minenarbeiter, die Wurmkrankheit, gänzlich zu vermeiden.

Die Gesamtausgaben der Baugesellschaft für Unfall und Krankenwesen und zur Wohlfahrt der Arbeiter betrugen vom Beginn der Arbeiten 1899 bis Ende 1903 2 615 000 Fr. bei einem mittleren Arbeiterstand von 4000 Köpfen. Davon fallen auf die Prophylaxe (Spitalbauten, Bäder und Waschanstalten, Wohnhäuser und Herbergen, Versicherungsprämien, nicht eingerechnet die großen Vorkehrungen, welche beim Tunnelbau zum Schutze der Arbeiter nötig wurden) 2 002 500 Fr., auf die Entschädigung und Verpflegung der Kranken und Verunglückten 612 500 Fr. Man sieht also hieraus, je größer und wirksamer die Vorbeugungsmaßregeln, desto geringer der Krankenstand.

J. Meyer-Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Der internationale medizinische Kongreß für Unfallverletzte in Lüttich.

Eigenbericht der „Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung."

In der Zeit vom 30. Mai bis 5. Juni d. J. fand in Lüttich der I. internationale medizinische Kongreß für Unfallverletzte unter reger Beteiligung von Ärzten aus den verschiedensten Ländern statt. Besonders stark vertreten waren die Franzosen und Belgier, aber auch aus Deutschland war die Beteiligung eine nicht geringe. Das Programm des Kongresses zeigte große Reichhaltigkeit. Die Verhandlungen fanden im Hörsaal der Universität Lüttich statt. Die Vorbereitungen zum Kongresse hatte ein provisorisches Komitee getroffen, dessen Vorsitzende Prof. von Winiwarter, Chirurg in Lüttich, und Dr. Möller, Mitglied der Königl. medizinischen Akademie, waren, während das Sekretariat Dr. Poëls-Brüssel übernommen hatte.

In der ersten Sitzung des Kongresses wurde dieses provisorische Komitee von der Versammlung mit der Kongreßleitung betraut. Die Verhandlungen fanden zumeist unter dem Vorsitz von Winiwarters statt.

Das erste Thema, welches den Kongreß beschäftigte, war die Feststellung des Begriffs „Betriebsunfall". Die Behandlung dieses Themas hatte ihre Schwierigkeiten infolge der Verschiedenheit der Gesetzgebung in den einzelnen Ländern. Belgien hat z. B. eine Versicherung für Unfälle, aber nicht für Krankheiten. Es besteht daher unwillkürlich das Bestreben, dem Begriff Betriebsunfall eine möglichst große Ausdehnung zu geben und professionelle Krankheiten mit einzuschließen. Der Kongreß erklärte, daß in diesen Verhandlungen lediglich der medizinische Standpunkt präzisiert werden soll. Den einzelnen Ländern müsse es überlassen bleiben, bei gesetzlichen Bestimmungen diesen Standpunkt zu berücksichtigen. In vorzüglicher Weise definierte nach dem belgischen Gesetz Dr. Poëls-Brüssel Betriebsunfall in folgender Weise:

„L'accident est une atteinte à l'organisme humain causée par l'action soudaine d'une force extrérieure dépendant d'un événement soudain et anormal, ainsi que toute affection nerveuse et tout trouble psychique provoqués par cet événement." (Der Betriebsunfall ist eine Verletzung des menschlichen Körpers, verursacht durch die plötzliche Einwirkung einer äußeren Kraft infolge eines plötzlichen außergewöhnlichen Ereignisses usw.)

In ähnlicher Weise äußerte sich Dr. Kooperberg-Amsterdam auf Grund des holländischen Gesetzes.

Mehrere weitere französische und belgische Redner behandelten das Thema „Betriebsunfall und Betriebskrankheit", wobei sie Bezug nahmen auf die in ihren Ländern vorhandenen diesbezüglichen Gesetze. Dr. Thébault-Paris stellte zur Unterscheidung von Betriebsunfall und Berufskrankheit folgende Thesen auf:

1. Jede sofort auftretende Störung des Organismus, welche durch die Arbeit oder bei Gelegenheit der Arbeit verursacht wird durch irgend ein äußeres Ereignis, mechanischer, physischer oder chemischer Art, dessen Wirkung eine einmalige ist und sich nicht wiederholt, bedeutet einen Betriebsunfall.

2. Jede Störung des Organismus, welche durch die Arbeit oder bei Gelegenheit der Arbeii verursacht wird durch irgend ein äußeres Ereignis mechanischer, physischer oder chemischer Art, dessen Wirkung eine fortgesetzte ist, bedeutet eine Berufskrankheit.

Einen weiteren Punkt der Tagesordnung bildete die Frage, ob ein Bruch (Hernie), die Folge eines Betriebsunfalles ist oder nicht. Von Deutschen sprach hierzu Dr. Liniger-Bonn, welcher auf Grund umfangreicher Untersuchungen zu dem Ergebnis kam, daß es, wenn auch selten, Fälle gäbe, in denen man nicht umhin könne, den Bruch als einen Betriebsunfall anzusehen. In der Debatte gab Prof. Thiem-Kottbus eine kurze Übersicht, wie man sich in Deutschland bisher zu dieser Frage gestellt habe, indem er betonte, daß besonders auch seitens des Reichsversicherungsamtes in den ersten Jahren seit der Unfallgesetzgebung eine weitgehende Tendenz bestand, Hernien als Betriebsunfälle anzusehen, während man in letzter Zeit von dieser Ansicht abgekommen sei und nur in vereinzelten Fällen den Betriebsunfall anzuerkennen vermöge. Einige Redner hielten eine Klassifikation der Hernie in äthiologischer und anatomischer Beziehung für wünschenswert, um dadurch die Entscheidung zu erleichtern. So teilte beispielsweise Dr. van Hassel (Paturages) die Brüche in drei Kategorien ein:

1. Plötzlich entstandene traumatische Brüche, d. h. solche, welche bei ganz gesunden Leuten mit festen Bauchdecken sofort entstehen.
2. Brüche infolge von Überanstrengung; hier handelt es sich um Leute, welche offenbar eine Disposition haben, bei denen wahrscheinlich ein Bruch schon längere Zeit vorhanden ist, bis er plötzlich bei einer heftigen Anstrengung unter Schmerzen hervortritt.
3. Allmählich entstehende Brüche, welche sich, meist bei Personen mit Bruchanlage, langsam unter der Einwirkung größerer Anstrengungen während der Arbeit entwickeln.

Nach der Ansicht des Vortragenden ist die erste Kategorie unbedingt als Unfall, die letzte als Betriebskrankheit anzusehen, während es ihm bei der zweiten strittig erscheint, ob man Betriebsunfall oder Berufskrankheit anzunehmen hat.

Einen breiten Raum der Verhandlungen beanspruchte die Frage der Organisation der ersten Hilfe bei Betriebsverletzungen und der Einrichtungen, welche hierfür sowie für die weitere Heilung der Verletzten zu treffen sind. Es kam dabei zu lebhaften Erörterungen, ob die freie Arztwahl zweckmäßig sei oder die Überweisung der Verletzten an bestimmte Anstalten. Prof. Nuel-Lüttich vertrat den Standpunkt, daß der Arbeiter auch im Falle eines Betriebsunfalles sich seinen Arzt wählen könnte. Eine Reihe anderer Redner hielten dagegen die Behandlung durch besonders vorgebildete Ärzte und in speziellen Anstalten für wünschenswert.

Dr. Querton (Brüssel) bemängelte, daß in den klinischen Hospitälern meist nicht genügend Wert gelegt wird auf die Behandlung Verletzter. Die Unfallchirurgie trete zurück gegenüber der allgemeinen operativen Chirurgie, weil die Unfallverletzten für den Chirurgen gewöhnlich nicht das Interesse bieten, wie rein operative Fälle. Auch er empfiehlt die Be-

handlung der Unfallverletzten besonderen Anstalten zu übertragen.

Dr. von Langendonck-Brüssel spricht sich dahin aus, daß die Industrie ein Interesse daran habe, gut vorgebildete Ärzte zu nehmen, damit die Zeit der Arbeitsunfähigkeit möglichst vermindert und die Folgen des Unfalls, so gut wie es irgend ginge, beseitigt würden. Auch dieser Redner erblickt hier in der freien Arztwahl keinen Nutzen.

Von Deutschen sprachen zu diesem Thema Dr. E. Joseph-Berlin über „Die Bedeutung chirurgischer Verbandstätten, für die Heilung Unfallverletzter". Derselbe schilderte die Berliner Einrichtungen und wies auf die Bedeutung hin, welche dieselben für das Rettungswesen Berlins und die Behandlung Unfallverletzter erlangt hätten. An der Hand von Tabellen zeigte er einerseits die gewaltige Inanspruchnahme der Stationen seitens der Verletzten, anderseits die günstigen Heilresultate, welche die Statistiken derjenigen Berufsgenossenschaften aufweisen, die ihre Betriebsverletzten in diesen Anstalten behandeln lassen.

Den Wert besonderer Einrichtungen für die erste Hilfe Unfallverletzter betonten in gleicher Weise Dr. Thisquen-Lüttich, Prof. Bordoni-Uffreduzzi (Mailand), letzterer unter Berufung auf die Erfahrungen, welche man mit den dortigen Einrichtungen gemacht hat.

Zu demselben Thema lagen fernerhin noch zwei gedruckte Vorträge von Dr. Düms-Leipzig und Prof. George Meyer-Berlin vor über die „Organisation der ersten Hilfe bei Unglücksfällen" bzw. über die „Organisation des Rettungswesens in Großstädten".

Weiterhin sprachen mehrere Redner über die Nachbehandlung Unfallverletzter. Dr. von Munter, Leiter einer medico-mechanischen Anstalt in Lüttich, weist auf die günstigen funktionellen Resultate hin, welche durch frühzeitige mechanische Behandlung zumeist erzielt werden.

In ähnlicher Weise referieren Courtault und Vermeulen über die Behandlung in dem mechano-therapeutischen Institut in Paris. Courtault betont in seinem Vortrage, daß zur vollständigen Wiederherstellung der Verletzten besondere Anstalten erforderlich seien; denn wenn der Arbeiter aus der Behandlung des Arztes entlassen ist, so kann er häufig noch nicht seine gewöhnliche Beschäftigung wieder aufnehmen. Es muß ihm Gelegenheit geboten werden, von leichterer Arbeit allmählich zu schwereren überzugehen. Man erzielt häufig deswegen keine günstigen Resultate, weil man den Arbeiter unmittelbar von der Behandlung aus seine frühere Tätigkeit wieder aufnehmen läßt. Darum sollte man Heilanstalten haben, in denen die Arbeiter allmählich lernen, sich an ihre Beschäftigung zu gewöhnen, während gleichzeitig die medico-mechanische Behandlung fortgesetzt wird.

Eine größere Reihe weiterer Vorträge behandelt die Folgezustände der Unfälle, insbesondere die traumatischen Neurosen.

Von Prof. Eulenburg-Berlin lag eine kurze Abhandlung vor über nervöse Störungen nach elektrischen Unfällen.

Verstraete-Lille sprach über die Differentialdiagnose von traumatischer Neurose und Simulation.

Imbert-Montpellier lenkt die Aufmerksamkeit auf eine ziemlich häufige Knochenveränderung nach leichter Fußverletzung. Es handelt sich um schmerzhafte Knochenatrophie infolge Entkalkung, wie durch die Röntgenstrahlen nachgewiesen ist. Dieser Prozeß entsteht meistens mehrere Wochen nach der Verletzung. Imbert hat die Beobachtung gemacht, daß die Veränderungen gewöhnlich bleibende sind und die Prognose bezüglich der Wiederherstellung keine günstige ist. Die Ursache dieses Vorganges ist bisher nicht bekannt.

von Winiwarter hält das Leiden für eine Ostitis rareficans, welches häufig an dem gesunden Bein entsteht infolge Überanstrengung. Eine Restitutio ad integrum erscheint auch ihm ausgeschlossen.

Eine weitere bemerkenswerte Arbeit wurde vorgetragen von Prof. Regnier, Leiter des Pariser mechano-therapeutischen Instituts, über posttraumatische, nervöse Störungen und ihre Folgen.

Cuneo, Professor in Paris, sprach über den Zusammenhang von Trauma und Tuberkulose. Derselbe stellt für die Beurteilung dieser Fälle seitens der Ärzte drei Thesen aus:

1. Betrifft der Unfall eine Person mit einer latenten oder in Heilung begriffenen Tuberkulose, deren Arbeitsfähigkeit bisher nicht vermindert war, so ist eine Verschlimmerung des Leidens nach dem Unfall als eine Folge desselben anzusehen.

2. Betrifft der Unfall eine torpide Tuberkulose, und war der Verletzte nicht mehr voll arbeitsfähig, so ist bei eintretender Verschlimmerung in Berücksichtigung zu ziehen, daß es sich um einen bereits geschwächten Organismus handelte, und daß bei einem Gesunden der Unfall wahrscheinlich diese Folgen nicht gehabt haben würde.

3. Betrifft der Unfall einen bisher gesunden, kräftigen Menschen, welcher im Anschluß daran (z. B. eine Brustverletzung) Hämoptöe und Phtise bekommt, so ist selbstverständlich das Trauma für das Leiden verantwortlich zu machen.

Thiem-Kottbus berichtet über 400 Fälle von Kniescheibenbrüchen und empfiehlt zur Erzielung guter, funktioneller Resultate das operative Verfahren. In gleichem Sinne äußerte sich Riedinger-Würzburg.

Mehrere Redner sprachen über das Simulantentum bei Unfallverletzten, so z. B. Prof. Baudry, Ophtalmologe in Lille, über „Simulation nach Augenverletzungen".

Den Schluß der Verhandlungen bildeten Besprechungen über die Prophylaxe der Unfälle, Statistik derselben und Begutachtung Unfallverletzter.

Thiem-Kottbus sprach über die Überanstrengung als Ursache von Unfällen.

Imbert macht die Muskelermüdung für die Mehrzahl der Unfälle verantwortlich, indem er sich in seiner Statistik darauf beruft, daß die Arbeiter sich ihre Verletzungen zumeist in den letzten Arbeitsstunden zuziehen. $^1/_7$ sämtlicher Unfälle in Frankreich wie in Deutschland ereignen sich in der letzten Arbeitsstunde.

In einem größeren interessanten Aufsatz behandelt Prof. Remy-Paris die Gutachtertätigkeit des Arztes. Seine Arbeit enthält in einer ausführlichen Tabelle die Schätzungen der Einbuße an Erwerbsfähigkeit nach den verschiedensten Verletzungen.

Als einer der letzten sprach Prof. Vulpius-Heidelberg über die Tätigkeit des Arztes als Begutachter auf Grund der deutschen Unfallversicherungsgesetzgebung.

Am Schluß des Kongresses wurde auf Vorschlag von Dr. Dr. Moeller und Poëls ein permanenter Ausschuß gebildet, dessen Aufgabe es sein sollte, sich auch weiterhin mit den Fragen dieses Kongresses zu beschäftigen und den nächsten Kongreß vorzubereiten. Den Dank der deutschen Ärzte an die belgischen Kollegen erstattete Prof. Thiem-Kottbus. von Winiwarter antwortete im Namen derselben, indem er seiner Freude über die Resultate dieses Kongresses Ausdruck gab.

Zum Schluß sei noch erwähnt, daß eine Reihe von Festlichkeiten den Kongreßteilnehmern geboten wurden, beispielsweise ein Empfang im Stadthause zu Lüttich, ein Festbankett in der Weltausstellung, sowie Ausflüge nach Spaa, Salzinne und Ronet.

Dr. Ernst Joseph.

Gesellschaft für soziale Medizin.

(Sitzung am 15. Juni in Prof. Lassars Hörsaal.)

Lassar: Bericht über die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder.

Die Hauptaufgabe dieses Vereins besteht in der Agitation zur Vermehrung und Verbesserung von Badeeinrichtungen. In der relativ kurzen Zeit des Bestehens sind großartige Erfolge erzielt worden. Die Gemeindevertreter, die im Anfange für die Bestrebungen des Vereins nicht zu haben waren, bekundeten allmählich ein immer größeres, sowohl bautechnisches als finanzielles Interesse für die Volksbäder; die einzelnen Städte wurden durch die Gesellschaft zu einem Wettbewerb für Bädereinrichtung angeregt. Hauptschwierigkeit ist es, für die kleineren Gemeinden die dazu erforderlichen Mittel zu beschaffen. Für diese empfiehlt Lassar den Gebrauch der Brausebäder. Die Mittel der Agitation sind Kongresse, die geeignet sind; das Interesse einer ganzen Provinz wachzurufen, wie erst jüngst die diesjährige Hauptversammlung zu München bewiesen hat, und Veröffentlichungen. Diese sind sowohl eine Quelle guter Ratschläge für den Bäderbau als auch ein Mittel zur Werbung neuer Mitglieder. Eine weitere Art der Publikation bilden ferner die Annalen des deutschen Badewesens, die den Anfang einer ausführlichen Geschichte dieses Spezialgebietes bilden. Für die Verhandlungen der Kongresse wird das Interesse der Mitglieder dadurch erhalten, daß diese ständig aufgefordert werden, geeignete Thesen und Wünsche für die Diskussion in den Hauptversammlungen dem Vorstande mitzuteilen. Die Badetechnik ist in ständiger Entwicklung, besondere Spezialisten beschäftigen sich mit ihr und werden angeregt auch durch Preisarbeiten des Vereins. 1886 bemühte sich Lassar zum ersten Male um eine Statistik des Badewesens: er stellte diesbezügliche Rundfragen an die Kreisphysici. Die Ergebnisse wurden der breitesten Öffentlichkeit übergeben, ein wirksames Agitationsmittel für den Bau der damals noch sehr im argen liegenden Volksbäder. Die zweite Statistik, die Lassar unter dem Protektorate des damaligen Reichskanzlers 1900 auch mit Hilfe der Kreisärzte erhob, zeigte zwar Fortschritte, aber es waren immer noch nur in 20 000 Städten bei einer Bevölkerung von 54 Millionen Bäder vorhanden. Eine dritte Statistik wird für dieses Jahr in Aussicht gestellt. Es folgen nunmehr interessante Lichbilder moderner Badeeinrichtungen.

Für die weitere Zukunft fordert Lassar in den Großstädten die weitgehendste Dezentralisation: jedes Haus solle mit einer den Mietern gemeinsamen Bade- und Waschvorrichtung versehen werden.

Diskussion: Mayet fragt, was der Redner über die in der Schweiz aufgestellten Projekte, das öffentliche Wasch- und Badewesen zu verbinden, denke.

Lassar: Das würde eine die Agitation erschwerend Komplikation sein.

Weyl regt die Errichtung von Brausebädern in den Neubauten an, die jetzt der Spar- und Bauverein an der Peripherie Berlins vornimmt.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Th. Weyl: Zur Geschichte der sozialen Hygiene im Mittelalter.

Holländer führt in Ergänzung des Weylschen Vortrags zahlreiche Bilder vor über „Räucherung am Bette eines Pestkranken“, „ein Pestdoktor aus dem Jahre 1720 in vollständiger Tracht“, „eine Irrenabteilung mit Lagerstätte für Epileptiker und Kasten zum Transport des Kranken auf die Jahrmärkte“. Redner entwirft an der Hand von Abbildungen eigner Sammlung eine Geschichte des Badewesens. Ursprünglich waren die Familienbäder weit verbreitet, während die Einzelbäder erst spät und bei den Vornehmen aufkamen. Das Christentum stellte sich zunächst dem Badewesen feindlich gegenüber. Durch die Kreuzzüge kamen die orientalischen Schwitzbäder in Mode. Es entstanden damals die Badestuben, in denen auch medizinische Eingriffe, wie Schröpfen, Ausspülungen u. a. vorgenommen wurden. Die verheerende Wirkung der Syphilis — berichtet wird von einem Bader, der 15 Personen an einem Tage syphilitisch infizierte — führte zur Schließung dieser Badestuben.

Schönheimer: Die Dringlichkeit der ärztlichen Hilfeleistungen nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes.

Seit 1892 ist die Gewährung der bis dahin vom Gesetzgeber ignorierten dringlichen Hilfeleistung in das Krankenversicherungsgesetz aufgenommen worden. In § 6a der Gemeindekrankenversicherung heißt es bekanntlich, daß die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann. Dasselbe sagt § 26a der Ortskrankenkasse (Absatz 2b). Diese Paragraphen behandeln die Dringlichkeit formell als Einschränkung, tatsächlich bedeuten sie aber eine Konzession gegenüber der Meinung, daß die alleinige Anstellung bestimmter Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken für die Kassenmitglieder nicht ausreichend ist. Zahlreiche Rechtsstreitigkeiten über die Auslegung der Dringlichkeit sind entstanden. Am wenigsten der Meinungsverschiedenheit unterworfen ist bei den Juristen die zeitliche Dringlichkeit: hier geht die Erhaltung von Leben und Gesundheit der Orientierung über die zngelassenen Ärzte vor. In solchen Fällen wird z. B. die Zuziehung eines bei der Kasse nicht zugelassenen Spezialisten (eines Augenarztes bei frischer Augenverletzung) als dringlich anerkannt.

Objektive Dringlichkeit liegt vor 1. bei Gefahr, 2. bei stärkeren Schmerzen; sie wird bestätigt, auch wenn der Patient nichts von der Dringlichkeit merkt. Demgegenüber sei aber auch die subjektive Dringlichkeit, die dem Urteile des Kranken selbst entstammt, zu berücksichtigen. Eine relative Dringlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte keine ausreichende kassenärztliche Versorgung hat, sei es, daß er auf Reisen beschäftigt wird (Schiffer), oder daß die Krankenkasse eine ungenügende Zahl von Ärzten anstellt. Ferner kann Dringlichkeit zwar nicht für den Kranken selbst, aber für dessen Umgebung oder für die Allgemeinheit entstehen bei Infektions- und Geisteskrankheiten.

Es ist ein Verdienst Schönheimers, vor einem wissenschaftlichen Forum den Kautschukbegriff der Dringlichkeit entlarvt zu haben. Selten widerspricht die juristische Formulierung der oben erwähnten Paragraphen so sehr den Tatsachen als hier. Die Selbstversorgung der Kassenmitglieder mit Heilmitteln und Heilpersonen ist eine ganz allgemeine Erscheinung; ihre Ursachen zu ermitteln, ist notwendig, wenn man eine schlimme Lücke der sozialen Gesetzgebung verstopfen will.

Eisenstadt.

(Sitzung am 29. Juni.)

Vortrag des Herrn Dr. Eggebrecht aus Leipzig als Gast über „Massageausübung durch Blinde“.

Seitdem die Bildung und der Unterricht der Blinden dank der Förderung von Staat und Gesellschaft in Fluß gekommen ist, seitdem es sich hierbei gezeigt hat, daß bei den Blinden dieselben Anlagen wie bei den Sehenden zu entwickeln sind, ist auch das Problem der wirtschaftlichen Selbständigkeit in Angriff genommen worden. Nur ist die Auswahl der passenden Berufe sehr gering. Seit fünf Jahren hat der Vortragende geeignete im ganzen 25 Blinde in der Massage ausgebildet. Als Vorzüge vor den sehenden Masseuren hebt er die bessere Folgsamkeit gegenüber dem Arzt und den bekanntlich besser entwickelten

Tastsinn hervor. Nach seinen Erfahrungen behaupte er, im Gegensatze zu Zabludowski (vgl. dessen Aufsatz in der „Krankenpflege“, Bd. I, Heft 4, 1901), daß auch die Blinden das eintretende Unlustgefühl des Kranken beachten und keineswegs in höherem Grade als die Sehenden einer Infektion ausgesetzt sind oder infizieren können. Am geeignetsten sei es, eine bestimmte Örtlichkeit, Poliklinik, Krankenhaus, zur Verfügung zu stellen. In Leipzig habe man mit den blinden Masseuren hinsichtlich der Tüchtigkeit die besten Erfahrungen gemacht; auch bei dem Publikum seien sie daselbst beliebt geworden. Die theoretische Ausbildungszeit beträgt wie bei den Sehenden drei Monate und erfordert einen Kostenaufwand von 300 M. Daran schließt sich eine mindestens einjährige, praktische Ausbildungszeit. Einige seiner Zöglinge haben in der Ausübung des Berufes sich schon einen ansehnlichen Spargroschen zurückgelegt. In Deutschland gibt es nach der Zählung von 1900 35 000 Blinde, deren Unterhalt 27 Millionen Mark beansprucht. Je mehr es gelänge, Blinde dem Erwerbe der Masseure zuzuführen, um so mehr würden sich diese Kosten verringern, um so mehr die Befriedigung im Berufe auch diesen Unglücklichen zu teil werden.

Die Diskussion, an der sich Zabludowski, Ewer, Mayet, Blindenlehrer Maaß, Grotjahn, Hirsch, Eggebrecht, sowie ein blinder Masseur aus Leipzig beteiligten, führte die ganze Schwierigkeit dieses Problems vor Augen.

1. Es ist nicht unumstößlich erwiesen, daß die blinden Masseure die sehenden in ihrer Kunst erreichen, geschweige denn übertreffen. Nach Zabludowski ist es jenen leicht, ständig dieselbe Bewegung auszuführen. Doch wenn es sich z. B. um chirurgische Fälle handelt, wechselt von Tag zu Tag der Befund und damit die Entscheidung über die jedesmal zweckmäßigen Manipulationen.

Nach Ewer ist auch der Ruf vom besser entwickelten Tastsinn nicht über jeden Zweifel erhaben.

2. Jedenfalls stehen in der Erwerbsfähigkeit die blinden gegen die sehenden Masseure zurück. Abgesehen davon, daß für viele von ihnen eine Kontrollperson erforderlich ist, muß man auch — wenigstens in der Gegenwart — leider mit dem kosmetischen Nachteile, den die Blindheit hervorruft, rechnen. Das Vertrauen des Publikums beruht ja, wie auch die Ärzte wissen, oft genug nicht auf der Tüchtigkeit der Heilpersonen, sondern darauf, daß dessen Persönlichkeit den subjektiven Vorstellungen des Patienten vom Wesen des Arztes, des Masseurs usw. entspricht.

3. Die Massage als Heilmittel hat keinen stabilen Indikationskreis, weil sie die Konkurrenz mit andern Heilmitteln fortwährend durchmacht. Wie sehr ist z. B. Schröpfen und Blutegelsetzen aus der Mode gekommen! So ist die Beschäftigung des blinden Masseurs in der Königlichen Poliklinik der chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig sehr wechselnd, fast saisonartig. Demgegenüber beträgt dessen Entlohnung 30 M. monatlich (etwa 30 Pf. für die Stunde.) Der blinde Masseur muß bei diesem geringen Lohn also auf Trinkgelder oder noch einen Nebenerwerb angewiesen werden.

Besser steht es bekanntlich mit den Erwerbsverhältnissen der für die Krankenkassen tätigen Masseure, die für die Einzelleistung oft 50 Pf., also mehr wie der Kassenarzt für seine einzelne Konsultation, erhalten. Hier steht den Masseuren auch nicht die wilde Konkurrenz der Masseusen, Naturheilkundigen und sonstigen Kurpfuscher im Wege. Aber für Blinde erscheint die Kassenpraxis zu vielseitig und zu schwierig zu sein — wenigstens was Berlin betrifft.

4. Die Ausdehnung der Massage, auch auf die Gesunden, um die Sitte der Japaner nachzuahmen, welche ausschließlich den Blinden den Beruf der Massage reserviert haben, könnte sehr wohl versucht werden. In Hotels, Badeanstalten und Badeorten würden die blinden Masseure es mit einem relativ leichten und dabei einbringenden Erwerbszweige zu tun haben. Nur steht den Gesunden bei der Verbreitung des Sports in so ausgiebigem Umfange aktive Körperbewegung zu Gebote, daß dieselben nur wenig an die Masseure sich wenden dürften.

5. Wenn Grotjahn meint, die Massage sollte den Blinden so reserviert sein, wie die Bürstenmacherei den Krüppeln, so liegt doch ein Unterschied zwischen beiden Berufen für Erwerbsunfähige. Das Absatzgebiet bei diesem Beruf ist weit genug und im voraus bekannt, bei der Massage dagegen auf bestimmte Kranke beschränkt und wie bei allen Heilmitteln im voraus unbekannt. Betrachtet man aber die Massage als Heilkunst, für welche der bestausgebildete Künstler, also der Arzt, gerade gut genug ist, so findet man es in Ordnung, daß Ärzte für Massage und Heilgymnastik vielfach die Tätigkeit des Heilgehilfen selbst übernehmen und so diese Erwerbsquelle noch mehr einschränken. Eisenstadt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Gerber. Handatlas der Operationen am Schläfenbeine mit 10 Tafeln und 9 Abbildungen im Texte. Wiesbaden 1904. Bergmann.

Wenn es auch keinem Zweifel unterworfen ist, daß ein Operationsatlas niemals ganz und völlig die zum Erlernen notwendige Technik einer Operation so klarlegen kann, wie das anatomische Präparat selbst und die zu Lernzwecken an ihm ausgeführte Operation oder gar die Operation am Lebenden, so ist es doch sicher, daß wir in Gerbers Handatlas immerhin ein Werk vor uns haben, das dem angehenden Oto-Chirurgen von großem Nutzen ist und nur warm empfohlen werden kann — sowohl wegen der Abbildungen selbst als auch wegen des kurzen, prägnanten, aber alles Notwendige in der Hauptsache umfassenden Textes.

Es werden die einzelnen operativen Eingriffe nach Besprechung der Indikationsstellung in ihren verschiedenen Methoden dargestellt und es beschränkt sich der Verfasser selbstverständlich nicht bloß auf die am Gehörorgane selbst auszuführenden Eingriffe, sondern er schildert auch die Operation der schweren komplikatorischen Prozesse (Hirnabzesse, Jugularisunterbindung usw.). Die auf 10 Tafeln zur Erläuterung gegebenen Abbildungen sind im ganzen gut, deutlich und instruktiv. Hg.

Fürst und **Windscheid.** Handbuch der Sozialen Medizin. Jena, Gustav Fischer, 1904/05.

Von dem Werke, dessen Gesamtplan und ersten Band wir bereits im Jahre 1903 (S. 139 unseres damaligen Jahrgangs) besprachen, sind inzwischen eine Reihe weiterer Bände erschienen, welche den Ausblick auf eine in ihrer Art bisher einzig dastehende Sammelleistung eröffnen. Band 6, den „Gewerbearzt“, hat bereits E. Roth in der Gewerbehygienischen Rundschau eingehend gewürdigt.

Band II, von Karl Jaffé in Hamburg verfaßt, behandelt Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung (238 S. Subskriptionspreis 5, Einzelpreis 6 M. broschiert).

Das groß angelegte Buch enthält ebenso genaue Angaben über die gesetzliche Regelung des Krankenversicherungswesens in Deutschland — anhangsweise auch über die in den anderen europäischen Staaten —, wie über die Stellung des Arztes zur Krankenversicherung. Mit einer Sorgfalt, die wohl über das Maß des durchaus erforderlichen hinausgeht, wird die verschiedene Regelung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Kassen an den verschiedenen Orten dargetan. Bei der Auslegung der Begriffe Krankheit, Erkrankung, Erwerbsfähigkeit usw. im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes findet der ärztliche

Sachverständige eine bemerkenswerte Zusammenstellung oberstgerichtlicher Entscheidungen (S. 103 ff.).

Band IV (478 S. 9 bzw. 12 M. broschiert) enthält als umfangreichsten Abschnitt die Soziale Krankenpflege in Krankenhäusern von F. Jessen-Hamburg. Ich halte diesen Teil für ganz besonders geglückt. Man sieht hier überall, wie der Verfasser sich bewußt war, nicht bloß ein Buch über die Einrichtung von Krankenhäusern und den ärztlichen Dienst an denselben, sondern ganz besonders auch einen wichtigen Abschnitt in einem Handbuch der sozialen Medizin zu schreiben. Stets wieder wird man darauf hingewiesen, was die Krankenhäuser für den gesamten sozialen Organismus bedeuten, in welchen Beziehungen der ärztliche Dienst in ihnen zu den gesetzlich festgelegten Normen der übrigen sozialen Fürsorge, also zu den Arbeiterversicherungsgesetzen, zum Armenwesen, zur Dienstbotenfürsorge usw. steht. Was Jessen bringt, davon ist nichts überflüssig, und dennoch ist gerade der von ihm verfaßte Band ungemein reichhaltig. Wir glauben, unsern Lesern wenigstens eine Übersicht des Inhalts nicht vorenthalten zu sollen. Die Einleitung bildet ein historischer Abschnitt, den Schluß ein Abriß des Krankenhauswesens außerdeutscher Länder. Im Hauptteil steht an erster Stelle Bau und Einrichtung der Krankenhäuser, dann deren Verwaltung und Betrieb (einschließlich gesetzliche Bestimmungen und Transport in das Krankenhaus); demnächst folgen Sonderkrankenhäuser (für Infektionskrankheiten, für Frauen, Kinder, Krüppel, Sieche, Unheilbare, Augen- und Ohrenkranke), und endlich verbreitet sich der Verfasser über die Leistungen des Deutschen Krankenhauswesensin seinen verschiedenen Beziehungen zu den sozialen Aufgaben der Gesamtheit, über Vorschläge, wie diese Leistungen weiter gehoben werden können, und über die das Deutsche Krankenhauswesen tragenden Kräfte. Noch einmal: die Jessensche Schrift ist meines Erachtens ein Beitrag von besonderem Werte.

Nonne hat Stellung und Aufgabe des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus und die Trinkerheilstätten bearbeitet. Kurz und bündig hat er das Wesentliche zusammengestellt, was in der Trinkerfürsorge zurzeit in Deutschland geschieht, und was weiterhin zu erstreben ist. Auffallend wenig ist von den Verhältnissen des Auslandes gesagt, welche doch auf diesem Gebiete mindestens sehr wichtige Anregungen auch für uns zu geben geeignet sind. Überhaupt scheint mir der Umfang des Nonneschen Abschnitts der sozialen Bedeutung der Trunksuchtsbekämpfung nicht ganz zu entsprechen.

Ausführlicher ist der von Ritter-Edmundstal bearbeitete Teil über die Tuberkulosebekämpfung, obgleich er nur eine Seite dieser großen Gesamtaufgabe, nämlich Stellung und Aufgaben des Arztes in den Volksheilstätten für Lungenkranke behandelt. (Ein gegen den Schluß eingefügter Abschnitt: „Weitere Mittel und Wege zur Bekämpfung der Tuberkulose“ ist nur drei Seiten lang; die darin enthaltenen Andeutungen reichen aber gerade aus, um zu zeigen, wie wenig die Schrift über die Heilstätten eine umfassende Bearbeitung des Kampfes gegen die Tuberkulose darstellen kann. Uns ist nicht ganz klar, warum die Herausgeber des Handbuchs gerade auf diesem bedeutsamen Gebiete die Aufgabe des Autors so wesentlich eingeschränkt haben.)

Nocht hat die Ärztliche Mitwirkung bei der sozialen Fürsorge im Seeverkehr zum Gegenstande seiner Ausführungen genommen. Sicher war er für dieses Thema die berufenste Persönlichkeit.

Ilberg bespricht Irrenanstalten, Idioten- und Epileptikeranstalten mit besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit des Arztes in denselben. Zu rühmen ist seine klare, flüssige Darstellungsweise, in welcher er, ohne pedantisch und langweilig zu werden, den gesamten Betrieb der Anstalt vor uns aufrollt.

Noch weniger als bei dem Ritterschen Abschnitt, kann ich mich aber bei dem Ilbergschen mit der Abgrenzung des Themas einverstanden erklären. Das Irrenwesen, das doch wahrlich in der sozialen Medizin eine außerordentlich wichtige Stelle einnimmt, hätte in diesem Handbuch in seinem ganzen Umfange bearbeitet werden müssen. Die Anstaltspflege ist immer nur ein Teil dieses Ganzen, selbst wenn man zu ihr, wie es Ilberg tut, die Familienpflege hinzuzieht. Ich sehe in dem Plan des Gesamtwerkes keine Ergänzung dieses Torsos vorgesehen. Dazu kommt nun noch, daß Ilberg nicht wie Jessen im Rahmen seiner Arbeit auf die sozialen Beziehungen entsprechenden Nachdruck gelegt hat. Vergebens suchen wir hier nach genaueren Mitteilungen über die Stellung des Geisteskranken in der menschlichen Gesellschaft und im Staatswesen, über die gesetzlichen Vorbedingungen für Aufnahme und Entlassung, über den Transport der Kranken in die Anstalt, über die besonderen Betriebsvorschriften für Privatanstalten und über die das Irrenwesen tragenden Kräfte.

Vom fünften Bande des Gesamtwerks ist erst der erste Teil erschienen: Henius, Samariter- und Rettungswesen (116 Seiten, 3 M.), in welchem einerseits das historische, anderseits die Darstellung der an den verschiedenen Orten Deutschlands und im Auslande bestehenden Einrichtungen den breitesten Raum einnimmt. Wer Einzelheiten über diese Themen sucht, wird sich bei Henius leicht und rasch darüber unterrichten können.

Der vollständig erschienene Band 7 umfaßt in seinen beiden Teilen zwei Gegenstände sehr verschiedener Art. Bettmann-Heidelberg erörtert in dem groß angelegten ersten Teil die ärztliche Überwachung der Prostituierten (280 Seiten, 7 M.). Wir behalten uns vor, hierauf bei Besprechung der folgenden Bände noch einmal zurückzukommen. Schmalfuß-Hamburg bearbeitet Stellung und Aufgaben des Ammenuntersuchungsarztes (34 Seiten, 1,20 M.). So kurz seine Darstellung ist, so ist ihr Inhalt von hohem Interesse, zumal der Verfasser hier aus eigner Anschauung den Wert einer in Deutschland noch einzig dastehenden Einrichtung auf sanitätspolizeilich wichtigstem Gebiete darlegt. F. Leppmann.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Herzoglichen Verwaltungsgerichtshof in Braunschweig.

Ein künstliches Gebiß ist ein Heilmittel im Sinne des Kr.-V.-G.

Ein Schriftsetzer, der viel an Erkrankungen des Magens litt, ließ sich auf ärztliches Anraten ein Gebiß anfertigen, da ihm die vier oberen Schneidezähne fehlten und in deren Fehlen die Grundursache seines Magenleidens erblickt wurde. Da die Ortskrankenkasse sich weigerte, die Kosten des Gebisses zu ersetzen, wandte sich der Setzer beschwerdeführend an den Stadtmagistrat, der die Kasse zur Zahlung des Gebisses verurteilte. Die Krankenkasse rief gegen dieses Urteil die Entscheidung des Herzoglichen Verwaltungsgerichtshofes an, der das Gebiß als ein Heilmittel im Sinne des § 6 Kr.-V.-G. (Brillen, Bruchbänder usw.) ansah und die Entscheidung des Stadtmagistrats bestätigte. (Korr. Sächs. Ärzte.)

Tagesgeschichte.

Sozialpolitische Aufgaben gegenüber dem Krankenpflegerinnenstande.

Unter diesem Titel regt Professor Ernst v. Halle in einem Leitartikel der „Sozialen Praxis“ vermehrte staatliche Aufsicht und Fürsorge für den Stand der Krankenpflegerinnen

an. Die wichtige Stellung, welche diese Gruppe innerhalb des Medizinalwesens und des öffentlichen Gesundheitswesens einnimmt, rechtfertigt ein näheres Eingehen auf v. Halles Ausführungen an dieser Stelle.

Schätzungsweise beläuft sich die Zahl der Personen, welche berufsmäßig die Krankenpflege betreiben, zur Zeit in Deutschland auf 140 000. Mindestens 50 000 entfallen davon auf die Krankenpflegerinnen im engern Sinne. Drei Viertel von ihnen gehören großen, meist religiösen Verbänden an, die Übrigen bilden entweder kleinere Vereinigungen oder betreiben den Beruf selbständig.

Im Gegensatz zu den vielen andern Erwerbszweigen, in denen das Angebot weiblicher Kräfte während der letzten Jahre bedeutend gestiegen ist, hat der Pflegerinnenberuf weder der Zahl noch dem Werte nach genügend Zuzug erfahren, obgleich doch gerade dieses Arbeitsfeld für Frauen in besonderem Maße geeignet ist. Es hat sich ferner gezeigt, daß viele Frauen den schon begonnenen Beruf wieder aufgaben, und zwar großenteils, weil seine Anforderungen ihre körperlichen und seelischen Kräfte überstiegen. Dazu kommt, daß die Sterblichkeitsziffern im Pflegerinnenberuf sehr hoch sind. Besonders unzulänglichen Erfolg hatte das Bemühen, Frauen aus den gebildeten Ständen für die Krankenpflege zu gewinnen, ein Übelstand, mit dem unseres Wissens auch die religiösen Orden jetzt mehr als früher zu kämpfen haben.

Die Grundzüge des durch v. Halle aufgestellten Reformplans sind: Bessere Vorbereitung für den künftigen Beruf, bessere Fürsorge bei der Ausübung des Berufes, nämlich feste Regelung des Dienstes unter angemessenen Existenzbedingungen, Entlastung von grober Arbeit, vermehrte Mußestunden; bessere Regelung der materiellen Lage, Sorge für eine gesicherte Zukunft und insbesondere für ein sorgenfreies Dasein nach Ablauf einer bestimmten Anzahl von Dienstjahren.

In Hinsicht auf die Ausbildung verlangt v. Halle die Festlegung eines Mindestmaßes von Können und Wissen, zugleich mit dem Erfordernis guter sittlicher Führung. Er will grundsätzlich einen vorgeschriebenen Ausbildungsgang durchgeführt wissen und glaubt, daß die Vorbereitung für die Krankenpflege zweckmäßig nur in festen Organisationen vor sich gehen könne. Ja, er ist mit Zimmer auch weiterhin der Meinung, daß eine sachgemäße Ausübung des Berufs nur durch Vorhandensein von Pflegerinnenverbänden mit einer gewissen Verantwortlichkeit nach außen und innen gewährleistet werde. In den zu erlassenden staatlichen Vorschriften rät er als Vorbedingung die Zugehörigkeit zu solchen Verbänden zu fordern.

Es sollen aber nicht bloß die Anforderungen an die Pflegerinnen gesteigert, sondern viel mehr noch die Fürsorge-Vorkehrungen für sie erweitert werden. Es geht nicht an, daß hinsichtlich der Höchstarbeitszeit, der Vorschriften über Lohn in Natural- oder Materiallieferungen u. dgl. die Pflegerin mit ihrem besonders verantwortungsvollen Dienst und ihrer unmittelbar dem Gemeinwohl dienenden Tätigkeit noch länger hinter der gewerblichen Arbeiterin zurückstehen muß. v. Halle fordert für Krankenanstalten eine Maximalarbeitszeit von 11 Stunden am Tage bzw. 10 Stunden bei Nachtdienst, Festlegung bestimmter täglicher Erholungspausen — er bemerkt sehr richtig, daß ständige Arbeitsbereitschaft auf die Dauer so ungünstig wirkt, wie überlange Arbeitszeit; Gewährleistung wöchentlicher Ruhepausen unter Festlegung einer maximalen wöchentlichen Stundenzahl; Gelegenheit zu angemessenem, behaglichem Aufenthalt in den Ruhestunden außerhalb der Krankenräume; alljährlich eine Dienstunterbrechung von vier bis sechs Wochen nebst Gewährleistung der Möglichkeit einer wirklichen Erholung; endlich Einteilung der Arbeitsart und Arbeitszeit mit Rücksicht auf den Menstruationsvorgang. Außerhalb großer Krankenhäuser und Privatsanatorien seien diese Vorschriften zwar nicht ohne weiteres durchführbar, aber immerhin sei auch in der Privatpflege Ausschließung eines überlangen Dienstes zu erstreben. Ferner sei generell eine Befreiung der Pflegerinnen von dauernder grober Hausarbeit durchzuführen.

Die durch diese Reformen bedingte Kostenlast müsse die Öffentlichkeit — Staat bzw. Gemeinden — tragen. Das Krankenpflegewesen müsse von Staatswegen durch beamtete Ärzte bzw. andere Sachverständige überwacht werden, die sich von dem Gesundheitszustand der Pflegerinnen in regelmäßigen Zwischenräumen durch Gewichtsvergleichung, Blutuntersuchung (!) u. dgl. überzeugen müßten [Hier ahnt der Verfasser wohl nicht, was für eine verhältnismäßig überflüssige und dabei überwältigend große Arbeit er den betreffenden Ärzten zuweist. Ref.], die ferner die Durchführung der hygienischen Verordnungen über die Pflegerinnen überwachen sollen.

Endlich muß nach v. Halles Vorschlag grundsätzlich die Zukunftsfürsorge für die Pflegerinnen verbessert werden. Die Invaliden und Alten müssen allgemein versichert werden, und zwar unter günstigen Bedingungen. Nach einer nicht zu hoch gegriffenen Anzahl von Dienstjahren (v. H. denkt an das Ende der dreißiger Jahre) soll es den Schwestern frei stehen, sich mit einer Pension ins Privatleben, eventuell auch ins private Erwerbsleben zurückzuziehen.

Um all dies zu ermöglichen, müsse der Staat dem Krankenpflegewesen eine Organisation geben, die sämtliche Pflegerinnen und sämtliche Arbeitgeber umfasse, etwa nach Art der Berufsgenossenschaften. Darüber hinaus aber gelte es, einen „Oberbau" zu entwickeln, welcher Arbeitgeber und -nehmer in einem großen Verbande vereinige.

Soweit von Halle. Unsern Lesern wird sich ein Vergleich seiner Ausführungen mit denen von Ernst Joseph in Nr. 3 unsres Jahrgangs 1904 (Häusliche Krankenpflege in Großstädten) aufdrängen, und bei diesem Vergleiche werden die minder radikalen Vorschläge des Arztes doch zum Teil brauchbarer erscheinen als die sehr weitgehenden des Nationalökonomen.

Zunächst die Ausbildung der Krankenpflegerinnen — gewiß ein wesentlicher Teil der sozialen Gesundheitsfürsorge und daher eine sehr wichtige Aufgabe. von Halle erwartet alles Heil vom Anschluß der Novizen an Orden, große Vereine oder dergleichen. Wir sind andrer Meinung. Die genannten Korporationen leisten zwar anerkannt Vorzügliches, aber der Staat hat keinen Anlaß, Frauen, die sich dem Pflegerinnenberuf widmen wollen, zum Anschluß an sie zu zwingen, zumal er ja doch den Gang ihrer Ausbildung innerhalb der Orden usw. nur unvollkommen überwachen kann. Die Pflegerinnenschulen, welche Joseph vorschlägt, werden gewiß ausreichen, um tüchtige Pflegekräfte heranzubilden — die Analogie mit den Hebammenschulen beweist das genugsam. Ich bin der Meinung, daß anderseits der Staat seine Aufsicht in gewissem Sinne auch auf die Ausbildung der Pflegerinnen in den Orden und Vereinen ausdehnen soll. Auch die hier ausgebildeten Schwestern sollten sich vor Übernahme selbständiger Pflegetätigkeit über ihren Ausbildungsgang und ihre Kenntnisse vor einer staatlichen Kommission ausweisen müssen.

Vollends ist es unangebracht, die ausgebildeten Pflegerinnen sämtlich zum Anschluß an eine größere Organisation zwingen zu wollen. Es ist nicht jedermanns Sache, in seiner Berufstätigkeit beständig von der Weisung eines Oberen abhängig zu sein, und vortreffliche Pflegerinnen habe ich aus großen Organisationen nach vieljährigen Dienst ausscheiden sehen, weil diese Art der Abhängigkeit ihnen unerträglich wurde. Es wäre ein großer Fehler, solche selbstständige Naturen dem Pflegeberuf fernzuhalten. Aber auch im Interesse des Pflegedienstes, sei es im Krankenhause, sei es in der Privatpflege, muß es Pflegerinnen

geben, die sich an eine bestimmte Tätigkeit dauernd binden können, während bei den organisierten Schwestern doch immer die Gefahr besteht, sie aus organisatorischen Gründen eines Tages abberufen zu sehen. Das sind nur ein paar von den Gründen, welche sich gegen einen Orden- oder Vereinszwang für die Pflegerinnen geltend machen lassen.

Die Maßregeln gegen einen Raubbau an den Kräften der Pflegerinnen, entsprechend der Arbeiterfürsorge wie sie die Gewerbeordnung vorsieht, stellen eine Forderung dar, deren Erfüllung unbedingt durchgesetzt werden muß. Der Umfang dieser Maßregeln wird aber erst ganz allmählich erweitert werden können. Beginnen wir beim Maximalarbeitstag. Da ist es keineswegs angängig, die Krankenpflegerin schlichtweg auf eine Stufe mit der gewerblichen Arbeiterin zu stellen. Die gewerbliche Arbeit braucht in der Regel nicht Tag und Nacht durchgeführt zu werden — die Krankenpflegetätigkeit duldet keine Unterbrechungen. Eine Pflegerin mit elf Arbeitsstunden am Tage, eine zweite mit zehn Stunden in der Nacht — was wird denn da aus den Kranken in den andern drei Stunden? Gewiß könnte man Hilfskräfte heranziehen, aber v. Halle sagt ja selbst, vorläufig sei das Angebot an Pflegerinnen noch unzulänglich, also muß man doch erst einmal warten, bis man allgemein über reichliche Reserven verfügt, um dann erst eine Maßregel von so einschneidender Bedeutung zu erwägen. Vorläufig lautet das Postulat u. E. nur: in jedem größeren Betriebe, und bei jedem schweren Dienst auch in kleinen Betrieben bzw. in der Privatpflege, strenge Trennung von Tag- und Nachtdienst! Hinzufügen möchte ich als Forderung auch, daß der Wechsel zwischen Tag- und Nachtdienst in kürzestens 14tägigen Fristen erfolgen kann. Denn an die veränderte Lebensweise mit Tag-Schlafen und Nacht-Wachen muß der Körper sich immer erst gewöhnen, und bei raschem Wechsel von Tag- und Nachtdienst sind ernste Erschöpfungszustände zu befürchten.

Für unmöglich halte ich selbst in großen Betrieben die Durchführung vorher festzulegender Arbeitspausen im Laufe des Tages und die von vornherein zu regelnde Rücksichtnahme auf den Menstrualzustand. Gerade in großen Betrieben sind die Arbeitsfelder der einzelnen Pflegerinnen streng differenziert. Eine Schwester hat den Operationssaal, eine die Scharlachstation, eine die Diphtheriebaracke, eine die chirurgischen Kranken usw. Keine kann die Andre ohne weiteres vertreten, viele müssen sogar allen andern Abteilungen möglichst fern bleiben. Da man nicht gut Reserveschwestern halten kann, welche bloß in den Erholungsstunden der Andern in Aktion treten, so bleiben diese Pausen ein frommer Wunsch. Ähnlich liegt es mit den Menstrualpausen — abgesehen davon, daß den Pflegerinnen ein solches öffentliches Erkennenlassen ihres monatlichen Unwohlseins meist recht peinlich sein würde.

Dagegen die Anordnung einer maximalen Stundenzahl für die Woche, die Fürsorge für behagliche Räume zur Benützung in den Ruhezeiten, die Gewährung eines mindestens vierwöchentlichen Urlaubs im Jahre für alle organisierten oder in fester Stellung befindlichen Pflegerinnen, die Befreiung der Pflegerinnen von dauernder grober Hausarbeit — das Alles muß und kann durchgeführt werden.

Das gleiche gilt von Invaliditäts- und Altersversorgung. Und zwar muß eine Pflegerin als invalide gelten,, wenn sie berufsinvalide ist, und ihre Rente muß auf eine solche Höhe gebracht werden, daß ihr eine bescheidene bürgerliche Existenz verbürgt wird. Ferner muß die Altersversorgung eintreten, wenn die Pflegerin für die Ausübung ihres Berufs im engsten Sinne, also für schwere Krankenpflege bei Tag und Nacht, zu alt geworden ist. Das wird wohl durchschnittlich Mitte der vierziger Jahre schon der Fall sein. Eine solche Heraushebung über diejenige Fürsorge, welche der gewerbliche Arbeiter genießt, sind wir den Pflegerinnen um der Art und des sozialen Wertes ihrer Tätigkeit willen schuldig. Darüber hinaus werden sich schwerlich vorerst Wünsche verwirklichen lassen. F. L.

Belgischer Irrengesetzentwurf.

Im dritten Heft der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform bespricht Dr. Wellenbergh das Projekt eines neuen belgischen Irrengesetzes. Das belgische, etwa 55 Jahre alte Irrengesetz wurde im Jahre 1873 durch eine Umarbeitung etwas verändert. Neuerdings fühlten sich ein Landespräsident und ein Staatsanwalt veranlaßt, die Artikel des Gesetzes gründlich zu revidieren und größtenteils neu zu gestalten. Zu dem Gesetz mit seinen acht Abschnitten und 38 Artikeln gehört ein „Réglement organique", mit ebenfalls acht Abschnitten, aber 92 Artikeln. Die Umarbeitung betrifft vorläufig lediglich das Gesetz; sie hat die acht Artikel beibehalten, enthält aber 45 Artikel, von denen 19 ganz neu sind, 13 Zusätze oder Veränderungen erfahren haben, während 13 ganz unverändert geblieben sind. Dr. Wellenbergh faßt den Eindruck, welchen ihm die neuen und umgeänderten Artikel, namentlich in ihrer Motivierung gemacht haben, dahin zusammen, daß ihm Belgien als ein Land vorkommt, in dem die unbegründete Aufnahme und Zurückhaltung Geistesgesunder in den Anstalten ein tägliches Vorkommnis ist, in dem die Irrenärzte eine untergeordnete Stellung gegenüber den Laien und Geistlichen einnehmen, denen Leitung und Verwaltung der Anstalten obliegt, in dem die neueren Ansichten über Irrenpflege, namentlich über freie Behandlung, noch wenig Boden gefaßt haben, und die Geisteskranken unter Umständen mit Gefängnisinsassen auf gleiche Stufe gestellt werden. Zum Beweis des Behaupteten führt Verfasser einige Artikel bzw. auch ihre Motivierung an. Nach Art. 13 müssen binnen 24 Stunden nach der Aufnahme des Kranken mindestens acht Briefe abgesandt werden: an den Gouverneur der Provinz, den Staatsanwalt, den Friedensrichter, den Bürgermeister, die Aufsichtsbehörde; durch den Staatsanwalt an die Heimatsgemeinde, die Angehörigen und die Leute, bei denen der Kranke zuletzt gewohnt hat. Das scheint aber noch nicht zu genügen, denn Art. 14 bis 16 enthalten folgende neue Bestimmungen. Während der ersten fünf Tage der Unterbringung kann die Person, die der Geisteskrankheit verdächtigt (!) wird, den Besuch von Ärzten und Anwälten nach eigener Wahl verlangen und mit ihnen sowie mit Verwandten und Freunden in Briefwechsel treten; die Briefe müssen uneröffnet abgeschickt werden. Sie kann ferner von jeder durch den Staatsanwalt autorisierten Person und muß täglich durch den Oberarzt besucht werden. Während der folgenden fünf Tage muß der Staatsanwalt oder sein Stellvertreter den Eingesperrten besuchen und sein Gutachten, sowie Notizen und Schlußfolgerungen des Anstaltsarztes dem Gerichtspräsidenten übermitteln. Dieser erstattet dem Gericht Bericht, das dann wieder einem Richter entsendet, um mit dem Kranken ein Verhör in den Formen der Strafprozeßordnung vorzunehmen. In der Begründung heißt es u. a.: „Die Irrenärzte sind im allgemeinen Schwarzseher, weil sie die Verhältnisse nicht kennen, die man wissen muß, um zu entscheiden, ob die Gemütsleiden eine wirkliche oder eine eingebildete Ursache haben." — „Nicht selten hört man als Geistesstörung bezeichnen, was nur ein Wutanfall oder ein tiefer Schmerz ist" usw.

Während das bisherige Gesetz sich mit einem ärztlichen Zeugnis begnügte, verlangt das Projekt in Art. 11 zwei Zeugnisse von Ärzten, die nicht an der Anstalt tätig sind und selbständig den Kranken in den letzten 14 Tagen besucht haben; ein Zeugnis genügt aber, wenn darin die die Aufnahme

erforderlich machenden Tatsachen einzeln erwähnt werden. Es bedarf ferner keines ärztlichen Zeugnisses, wenn die Aufnahme eines Entmündigten vom Vormund mit Zustimmung des Familienrates beantragt wird. Verf. weist darauf hin, daß bei dem Heer von Ärzten und Anwälten zur Kontrollierung des Zustandes, dem Gutachten des Staatsanwalts und dem Urteil des Gerichtshofs, die alle in Art. 14—16 vorgesehen sind, diese detaillierten Bestimmungen über die Aufnahmeatteste doch überflüssig erscheinen. Die in dem Projekt vorkommenden Ausdrücke „sequéstration" und „internement" klingen, als wäre von Verbrechern, die man einsperrt, dle Rede; sie charakterisieren den Geist des Projekts.

Auch der alte Begriff des „Lucidum intervallum" lebt wieder auf. Es spielt in den Artikeln 38 und 41 eine Rolle, die sich auf Gültigkeits- resp. Nichtigkeitserklärung von Aufträgen bzw. Verfügungen der Geisteskranken beziehen. Nach Art. 38 muß der Arzt das Lucidum intervallum feststellen, nach Art. 41 nicht.

Überall in dem Projekt spielt der Arzt eine untergeordnete Rolle. So heißt es z. B., daß er die Entlassung eines Kranken vom Direktor verlangen kann, daß bei Meinungsverschiedenheiten der Regierungspräsident entscheidet usw. Während in der Begründung des Projekts der Mangel an vorgebildeten Psychiatern beklagt und die Leitung einer Anstalt durch einen beliebigen, in der Nähe wohnenden Arzt gebrandmarkt wird, lautet Art. 1 wörtlich: „Geistesgestörte Personen können interniert werden: a) in ihrer Wohnung oder bei Verwandten und Freunden, b) in einer Irrenanstalt, die von einem Spezialarzt geleitet und zur Behandlung von vermeintlich heilbaren Kranken ohne Fesseln und Zwangsmittel bestimmt ist, c) in jeder anderen öffentlichen oder privaten Irrenanstalt. — Obwohl in den Erläuterungen die Zunahme der Zwangsanwendungen beklagt wird, wird doch jede andere Anstalt zur Unterbringung von Kranken für geeignet gehalten.

Die beiden Autoren des Projekts beklagen, daß die Versorgung der Geisteskranken in Belgien noch von den „Traditionen des Mittelalters" beherrscht werde. Verf. zweifelt, daß ihr eigenes, unter Ausschluß der Ärzte und der Sachkenntnis entstandenes Projekt hieran etwas ändern wird.

Strafrechtliche Verantwortlichkeit eines Arztes, welcher eine Operation nach einer ehemals in einem klassischen Werke empfohlenen, inzwischen aber verlassenen Methode ausführt.

(Journ. méd. de Bruxelles. 1905.)

Ein Landarzt operierte eine Hydrocele genau nach der Vorschrift, die Prof. Tillaux in der zweiten Ausgabe seiner Chirurgie von 1891 macht: mit Injektion von 30 g einer 5%igen Kokaïnlösung, nach deren Enfernung nach drei Minuten die folgende Injektion von Jodtinktur schmerzlos verlaufen sollte. Unmittelbar nach der Einspritzung des Kokaïns kollabierte der Kranke und starb. Anklage auf fahrlässige Tötung war die Folge. Vom Richter wurde betont, daß Dr. X. sich nicht auf die Höhe seiner Wissenschaft gehalten habe; denn Tillaux habe in der dritten Auflage seines Werkes, 1894, die Kokaïninjektion ausdrücklich verworfen und zwar ebenfalls nach einem plötzlichen Todesfalle. In unserem Falle war bei der Autopsie Arteriosklerose der Aorta festgestellt worden; außerdem alte pleuritische Adhäsionen. Die Verteidigung stützte sich nach einem Gutachten von Brouardel in Paris und Lépine in Lyon auf diesen Befund und hielt den Tod für ein Ereignis, welches den gelegentlichen unvermeidlichen Unglücksfällen beim Chloroformieren gleich gestellt werden müsse. Die Kokaïninjektion könne nicht angeschuldigt werden, da Prof. Tillaux sie nach hundertfacher günstiger Erfahrung empfohlen habe. Außerdem könne vom praktischen Arzt nicht verlangt werden, daß er jede Änderung verfolge, die in den häufigen neuen Auflagen der Lehrbücher angegeben werde. Das Gericht trat dem nicht bei, sondern verurteilte Dr. X. zu 500 Fr. Strafe und den Kosten. Der Appellhof zu Lyon sprach ihn jedoch frei und begründete das Urteil damit, daß X., indem er den Vorschriften des einzigen ihm bekannten neueren Lehrbuches eines berühmten Verfassers folgte, kein strafbares Vergehen, keinen schweren Kunstfehler begangen haben könne, zumal durch den Sektionsbefund nicht festgestellt sei, welchen Anteil die Kokaïneinspritzung an dem üblen Ausgange hatte. Ktg.

Praxis-Verkauf.

(Journ. méd. de Bruxelles. 1905, Nr. 10.)

Ein Arzt in Paris hatte seine Praxis für 12000 fr. an einen Kollegen verkauft. Die Patienten blieben diesem aber nicht treu. Er strengte deshalb nach einiger Zeit eine Klage auf Annullierung des Vertrages an. Das Gericht entschied für ihn, indem es ausführte, daß der Erfolg in der Praxis von der Persönlichkeit des Arztes und dem Vertrauen abhänge, welches er einflöße. Diese Eigenschaften lassen sich nicht auf einen andern übertragen; ebenso könne eine in ihren Entschließungen unabhängige Klientel niemals ein Handelsobjekt sein. Ktg.

Massenerkrankungen nach Fleischgenuß.

In Konstadt in Oberschlesien sind zwölf Erkrankungen und ein Todesfall vorgekommen, die nach den Mitteilungen der Tageszeitungen auf Genuß von schädlichem Fleisch zurückgeführt werden.

In den Vororten Wahren, Möckern, Ostheim und Böhlitz-Ehrenberg bei Leipzig sind nach dem Genuß von rohem, gehacktem Fleisch über 110 Personen unter Vergiftungserscheinungen erkrankt und zwei Knaben bereits gestorben. Das Fleisch haben die Schlächtermeister M. und W. in den Verkehr gebracht. Von diesen ist in einem Ort S. bei Torgau ein Rind zum Preise von 30 M. gekauft worden, das als bedingt tauglich nur im gekochten Zustande verwendet werden sollte. Angeblich hat sich der Amtsvorsteher. trotz Kenntnis dieser Tatsache, um den Verbleib des Fleisches nicht gekümmert.

Endlich zeigten sich in Blomberg bei Detmold bei zahlreichen Teilnehmern eines Festessens im Anschluß an die landwirtschaftliche Ausstellung Vergiftungserscheinungen, deren Ursache noch nicht aufgeklärt ist. (Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene.)

Ursachen feuchter Wohnungen.

Das städtische Wohnungsamt in Stuttgart hat eine Bekanntmachung erlassen, in der die Gründe der Feuchtigkeit der Wohnungen dargetan werden. Die Hauptschuld liegt danach in der falschen Behandlung der Wohnungen, in einer schlechten Ventilation, besonders in Verbindung mit den häuslichen Verrichtungen des Kochens, Waschens, Wäschetrocknens in den Wohnungen. Das Amt gibt eine Reihe von Vorschriften zur Verhinderung des Feuchtwerdens, das auch das Erwärmen im Winter erschwert. Auch in der kalten Jahreszeit sollte danach so oft wie möglich gelüftet werden, insbesondere aber nach dem Aufstehen, nach dem Mittagessen und vor dem Zubettgehen. Wenn in einem Zimmer gewaschen wird, wenn beim Kochen sich starker Dampf entwickelt, so sollte wenigstens der obere Fensterflügel geöffnet werden, damit der Dampf abziehen kann; nach der Wäsche ist gründlich zu lüften. Das Trocknen nasser Wäschestücke im Zimmer soll vermieden werden, auf jeden Fall aber nach dem Trocknen und unter allen Umständen abends vor dem Zubettgehen gelüftet werden. Der Waschzuber ist sofort nach dem Gebrauch auszuleeren. Natürlich ist Unordnung und Unsauberkeit, wie sie die Wohnungsinspektion

leider allzu oft feststellen muß, einer der schlimmsten Schäden; Staub, Schmutz- und Speisereste müssen täglich beseitigt werden. Das Amt kommt zu der pessimistischen Auffassung, daß der größte Prozentsatz schlechter Wohnungen dem Verschulden des Inhabers zuzurechnen sei. (Soziale Praxis.)

Fürsorge für mittellose Rekurskläger.

Im Rekursverfahren vor dem Reichs-Versicherungsamt darf nach den Arbeiter-Versicherungsgesetzen der klägerische bzw. beklagte Teil persönlich seine Sache vertreten. Von diesem Rechte machen, obwohl allgemein in die unparteiische Rechtsprechung des R.-V.-A. großes Vertrauen gesetzt wird, von Jahr zu Jahr mehr Arbeitnehmer Gebrauch. Selbst von auswärts, aus entfernten Provinzen, kommen namentlich Unfallverletzte immer häufiger vor das Forum der höchsten Instanz in Unfallversicherungssachen. Sie opfern für die Reise ihre letzten Ersparnisse und glauben, daß sie in Berlin sofort Geld erhalten werden. Selbst bei Anerkennung ihrer Entschädigungsansprüche kann indes nicht immer gleichzeitig auch die Zahlung von Rente erfolgen, schon nicht aus bureautechnischen Gründen. Das R.-V.-A. ist daher in den letzten Jahren wiederholt in die unangenehme Lage gekommen, für die Unterbringung solcher mittellosen Personen sorgen zu müssen, und hat dieselben in der Regel nach dem Familienobdach der Stadt Berlin gewiesen. Von arbeiterfreundlicher Seite ist jedoch gegen diesen allerdings einfachsten und billigsten Ausweg Einspruch erhoben worden mit der Begründung, daß ein auswärtiger Unfallverletzter, der in Berlin sein gutes Recht sucht und nach langem Harren endlich auch findet, nicht nötig habe, deshalb mit dem Armenhause persönliche Bekanntschaft zu machen. In Zukunft wird ein anderes Verfahren Platz greifen. Nur diejenigen mittellos in Berlin zurückgebliebenen Arbeitnehmer, deren Entschädigungsanspruch endgültig abgewiesen wird, werden dem Obdach überwiesen, bis ihre zuständige Heimatsbehörde sie auslöst und heimbefördert. Für andere, mit ihren Ansprüchen durchgedrungene Arbeitnehmer wird in angemessener Weise gesorgt, bis von der zur Rentenzahlung verurteilten Berufsgenossenschaft die erforderlichen Geldmittel anlangen. Die letztere Praxis kommt auch dann zur Anwendung, wenn im Streitverfahren vor dem R.-V.-A. noch nicht endgültig Beschluß gefaßt werden kann, aber im Prinzip die Berechtigung des Anspruchs anerkannt worden ist. (Tiefbau.)

Eine internationale Ausstellung für öffentliche allgemeine Gesundheitseinrichtungen und Hygiene und sanitäre Hilfe bei Transporten

wird anläßlich der Eröffnungsfeier des Simplontunnels in Mailand 1906 stattfinden. Die Ausstellung wird sieben Abteilungen umfassen: für allgemeine öffentliche Hygiene, für landwirtschaftliche Hygiene, für ärztliche Hilfeleistungen bei Transporten zu Lande, für Hygiene im Schiffahrtsverkehr, für Wartung bei Militärtransporten, Kranker und Verwundeter, für Hygiene in der Industrie und für Unfallverhütung.

Ministerial-Erlasse.

I. Allgemeine Verwaltungssachen.

Allerhöchster Erlaß vom 24. April 1905, betreffend die künftige Bezeichnung des Statistischen Bureaus in Berlin.

Das Statistische Bureau in Berlin führt künftighin die Bezeichnung „Königlich Preußisches Statistisches Landesamt“.

II. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

Erlaß vom 22. Mai 1905, betreffend diejenigen Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins, denen die Erlaubnis zur Führung des Roten Kreuzes a. w. Gr. gewährt worden ist.

Es wird ein Verzeichnis von 77 solchen Vereinen mitgeteilt.

III. Verkehr mit Nahrungsmitteln.

Erlaß vom 25. Mai 1905, betreffend Mißbrauch und Verwahrung von Fleischbeschaustempeln.

Es ist mehrfach festgestellt, daß amtliche Fleischbeschaustempel zur Abstempelung nicht untersuchten Fleisches mißbraucht worden sind. Dieser Mißbrauch ist durch ungenügende Aufbewahrung der Stempel seitens der Beschauer ermöglicht worden. Diesen soll daher die sichere Aufbewahrung der Stempel und fortwährende Beaufsichtigung während des Gebrauchs zur Pflicht gemacht werden. Verletzungen dieser Pflicht würden Verlust des Amtes zur Folge haben.

— — 27. Mai 1905, betreffend den Verkehr mit gefälschtem und nachgemachtem Honig.

Eine strenge Überwachung der Herstellungs- und Verkaufsstätten für künstlichen Honig ist nach wie vor erforderlich. Für die Frage strafrechtlichen Einschreitens ist das Urteil der 4. Strafkammer des Landgerichts I Berlin und die bestätigende Entscheidung des II. Strafsenats des Reichsgerichts vom 14. Juni 1904 von Bedeutung. Es wird ersucht, die Herstellung und den Vertrieb von Kunsthonig weiter streng zu überwachen und weiteren Bericht zum 1. April 1907 zu erstatten. Die erwähnte Reichsgerichtsentscheidung verwirft die Revision der Angeklagten unter der Begründung, daß der von ihnen in den Verkehr gebrachte Honig nicht die Beschaffenheit des reinen Bienenhonigs hatte, sondern zu 60 % mit fremdartigen Bestandteilen — und zwar nicht einmal mit Traubenzucker, sondern mit Stärkesirup durchsetzt war. Der geringe Preis konnte wohl die unmittelbaren Abnehmer, nicht aber das kaufende Publikum zu dem Schlusse veranlassen, daß es sich um verfälschten Honig handelte. Es lag also eine Täuschung des letzteren vor.

— — 29. Mai 1905, betreffend die Verwendung des „Sterilisols“ als Konservierungsmittel.

Da das „Sterilisol“ entgegen dem Hinweise, daß es ein gesundheitlich unbedenkliches Konservierungsmittel sei, mit dem es in den Handel gebracht wird, infolge seines Gehalts von $2^1/_2$ % Formaldehyd als gesundheitlich bedenklich anzusehen ist, wird ersucht, die beteiligten Kreise der Bevölkerung auf die nicht einwandfreie Zusammensetzung des Präparats aufmerksam zu machen.

IV. Seuchenbekämpfung.

— betreffend die Ausstellung von Zählkarten über Erkrankungs- und Todesfälle an Pocken.

Über jeden Erkrankungs- und Todesfall an Pocken sind von dem zuständigen beamteten Arzt — Kreisarzt — Zählkarten nach Formularen auszustellen und durch die Regierungspräsidenten dem Minister einzureichen. Die Formulare bleiben nebst den beigefügten „Gemeinverständlichen Belehrungen“ bei den Akten und werden erst bei dem Vorkommen von Pockenfällen an die Kreisärzte bzw. Polizeibehörden ausgegeben.

— — 30. Mai 1905, betreffend Berichte über das Vorkommen der übertragbaren Genickstarre in Preußen im Jahre 1904.

Aus diesen Berichten ist eine das ganze Staatsgebiet umfassende Zusammenstellung angefertigt worden, die den Regierungspräsidenten zur Kenntnisnahme und weiteren Veranlassung zugeht.

V. Schulhygiene.

— — 10. Mai 1905, betreffend die Abhaltung von Fortbildungskursen bzw. Wanderkursen für Volksschullehrer und Lehrerinnen in der Leitung von Volks- und Jugendspielen.

— — 17. Mai 1905, betreffend die Größe der Fenster in den Klassenräumen der Schulneubauten.

— — 2. Juni 1905, betreffend die Ablegung der Prüfung als Schwimmlehrerin.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.